

Université  
de Toulouse

# THÈSE

En vue de l'obtention du

## DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse 2 Le Mirail (UT2 Le Mirail)

---

**Présentée et soutenue par :**  
**Julie BATAILLE CAMUS**

Le mardi 25 juin 2013

**Titre :**  
Substances psychoactives:  
Politiques et responsabilité de l'État.  
Le point de vue des Français.

---

ED CLESCO : Psychologie

**Unité de recherche :**

URI OCTOGONE-Cerpp EA 4156

**Directeur(s) de Thèse :**

Madame Maria Teresa MUÑOZ SASTRE, Professeur à l'Université de Toulouse II, Le Mirail

**Rapporteurs :**

Monsieur Vincent DRU, Professeur à l'Université de Paris Ouest Nanterre-la Défense  
Monsieur Félix NETO, Professeur à l'Université de Porto

**Autre(s) membre(s) du jury :**

Madame Maria Teresa MUÑOZ SASTRE, Professeur à l'Université de Toulouse II, Le Mirail  
Monsieur Eric RAUFASTE, Professeur à l'Université de Toulouse II, Le Mirail



## REMERCIEMENTS

---

*Dans le cadre de la réalisation de ce travail de thèse, je tiens à remercier en tout premier lieu **Madame le Professeur Maria Teresa Muñoz Sastre**, ma directrice de recherche. Merci de m'avoir confié ce travail de recherche. Merci de m'avoir fait confiance dès le départ et pendant toutes ces années malgré les circonstances difficiles. Merci pour votre soutien aussi bien matériel que moral : vos encouragements et vos conseils m'ont été très précieux. Sachez enfin que c'est grâce à vous que j'ai découvert et appris à aimer la recherche et je vous en remercie.*

*Je tiens à remercier les membres du jury qui me font l'immense honneur d'évaluer ce travail :*

- ✦ *Monsieur Vincent Dru, Professeur à l'Université de Paris Ouest Nanterre la Défense.*
- ✦ *Monsieur Félix Neto, Professeur à l'Université de Porto (Portugal).*
- ✦ *Monsieur Eric Raufaste, Professeur à l'Université de Toulouse II Le Mirail.*

*Cette thèse n'aurait pu aboutir sans l'aide de nombreuses personnes, aussi je remercie particulièrement les étudiantes ainsi que ma famille et tous les amis qui, de près ou de loin, m'ont soutenue et ont aidé à la finalisation de ce travail. Merci à ma relectrice qui a pris le temps de se plonger dans ces pages et qui a bien voulu aussi s'occuper de mes enfants le temps nécessaire.*

*J'adresse une pensée « scientifique » particulière à mon frère Clément parti depuis quatre ans comme chercheur en géochimie à l'Université de l'Utah à Salt Lake City. Merci pour ton exemple de ténacité et de courage depuis les US où la passion de la recherche demande bien des sacrifices à toi et à ta petite famille. Merci Hilary pour ton aide aux traductions !*

*Merci à mon mari qui a su me pousser à persévérer malgré les déménagements, les absences et surtout ses missions si éprouvantes pour nous tous. Pour terminer, j'ai une pensée toute spéciale pour mes enfants Baptiste, Mahault et Alexis nés tous les trois au cours de ces années de thèse, qui ont, à leur manière, influé sur ce travail et contribué à faire de moi la personne que je suis devenue aujourd'hui.*

La première étude porte sur les conditions de l'acceptabilité des politiques de l'Etat face aux drogues : 225 sujets tout-venant ont jugé du degré d'acceptabilité dans 28 scénarios issus de la combinaison de trois facteurs : campagnes d'information, demande intérieure en drogue, action de l'Etat (du *laissez-faire* à l'interdiction).

La seconde étude porte sur les conditions de la responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance : 234 sujets ont jugé du degré de responsabilité dans 80 scénarios issus de la combinaison de cinq facteurs : relation consommation/maladie, temps depuis lequel la nocivité est connue, généralité du risque, consommation, action de l'Etat (du monopole à l'interdiction des ventes).

Nos études s'appuient sur une méthode issue de la théorie fonctionnelle de la cognition (Anderson, 1981).

La première étude permet d'identifier trois clusters : les régulationnistes (42%), en faveur d'une réglementation totale par l'Etat, les radicaux (32%), pour qui aucune des politiques n'est acceptable, les prohibitionnistes (26%), en faveur d'une interdiction totale à condition que des campagnes soient menées. La politique du *laissez-faire* est jugée par tous comme étant la plus inacceptable.

La seconde étude fait apparaître trois clusters : un plus au centre (44%), un plus à gauche (38%) et un plus à droite (17%). Celui de droite a tendance à attribuer moins de responsabilité à l'Etat et est aussi plus sensible aux preuves scientifiques. Un consensus montre que l'Etat se dégage de toute responsabilité seulement s'il interdit totalement les ventes. Dans les autres cas, l'Etat est perçu comme partiellement responsable quand la santé d'un consommateur se détériore.

**Mots clefs :** politique des drogues, jugement du grand public, substances addictives, responsabilité de l'Etat, Théorie fonctionnelle de la cognition.

**Psychoactive substances: State policy and responsibility.  
The French point of view.**

Our first study relates to the conditions of perceived acceptability of State policies regarding drugs: 225 randomly selected subjects judged the degree of State policy acceptability in 28 scenarios derived from the combination of three factors: information campaigns, interior drug demand, and State policy (from *laissez-faire* to prohibition).

Our second study relates to the conditions of perceived State responsibility when a death linked to substance consumption occurred: 234 subjects judged the degree of State responsibility in 80 scenarios derived from the combination of five factors: relationship between consumption/disease, amount of time since the substance toxicity is known, risk generality, consumption, State action (from State monopoly to sale interdiction).

Our studies rely on a method derived from the functional theory of cognition (Anderson, 1981).

The first study identifies three clusters: the regulationists (42%), who favor total regulation by the State, the radicals (32%), for who none of the policies are acceptable, and the prohibitionists (26%), who favor a total interdiction with the condition of information campaigns. The policy of the *laissez faire* is judged by all groups as being the most unacceptable.

In the second study, three clusters are separated: centrist-dominated (44%), leftist-dominated (38%) and rightist-dominated (17%). The rightists tend to attribute less responsibility to the state and are less sensitive to scientific evidences than the leftists. A consensus between groups is that the State is freed from responsibility when sales are totally forbidden. In other cases, the State is perceived as partially responsible when a consumer's health deteriorates.

**Keywords:** drug policy, public judgment, addictive substances, State responsibility, functional theory of cognition.



## TABLE DES MATIERES

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>PARTIE THEORIQUE.....</b>	<b>23</b>
<b>L'ETAT COMME GARANT DE LA SANTE PUBLIQUE .....</b>	<b>25</b>
Définition de la notion d'Etat.....	25
Eléments constitutifs de l'Etat .....	26
Rôle de l'Etat et répartition des pouvoirs .....	28
Positionnements politiques « gauche » et « droite » en France .....	29
Santé publique : du risque à la prévention.....	31
Risque pour la santé .....	32
La santé publique : véritable institution sociale .....	34
Actions de l'Etat en matière de prévention .....	37
Conclusion.....	42
<b>POLITIQUES, REGLEMENTATIONS ET ATTITUDES DU PUBLIC RELATIVES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES .....</b>	<b>44</b>
Substances et dépendance : état des lieux.....	45
Eclairage sur les termes : drogue, stupéfiant et psychotrope .....	45
Définitions selon les organismes publics .....	47
Typologie des substances psychoactives .....	49
Nouveaux usages et rôle social des substances psychoactives .....	55
Disparités épidémiologiques .....	56
De l'usage à la dépendance.....	60
Conséquences physiques, psychologiques et sociales.....	66
Données géo économiques .....	72
Pays producteurs et pays consommateurs.....	72
Conséquences économiques du trafic .....	74
Conséquences géopolitiques du trafic .....	75

De la prohibition vers ses alternatives .....	79
Evolution des politiques internationales .....	79
Définitions des concepts phares .....	81
Cinq positions politiques recensées par Goode.....	83
Attitudes du public relatives aux politiques face aux drogues .....	89
Etudes sur les représentations et opinions à propos des drogues .....	89
Arguments des défenseurs de la légalisation .....	94
Arguments des défenseurs de la prohibition .....	96
Les questions non abordées par la littérature .....	97
Conclusion.....	100
<b>RESPONSABILITE PERCUE ET ROLE DE L'ETAT CONCERNANT LA</b>	
<b>CONSOMMATION DE SUBSTANCES .....</b>	<b>101</b>
Responsabilité en matière de santé et estimation des risques .....	102
La santé, préoccupation sociale majeure .....	102
Attribution causale et comportements de santé.....	104
Concept de responsabilité : définition et historique.....	105
Responsabilité individuelle et collective en matière de santé.....	107
Responsabilité en matière de dépendance.....	109
Processus en œuvre dans la perception des risques en matière de dépendance .	111
Opinion du grand public sur le rôle de l'Etat en santé .....	115
Exemple du tabagisme .....	117
Le tabagisme comme conduite à risque.....	117
Le tabagisme comme phénomène de société .....	119
Point de vue médical sur le tabagisme .....	123
Campagnes de prévention et de lutte contre le tabac .....	126
Opinion du grand public sur le rôle de l'Etat face au tabac.....	128
Conclusion.....	128
<b>THEORIE FONCTIONNELLE DE LA COGNITION : CONCEPTS, POSTULATS ET</b>	
<b>APPLICATIONS .....</b>	<b>130</b>
Opérations d'intégration de l'information .....	131



Concepts de base.....	131
Opération de valuation.....	133
Opération d'intégration .....	133
Opération de réponse .....	134
Non observables.....	134
Règles d'intégration de l'information.....	135
Règle additive.....	136
Règle disjonctive .....	138
Règle conjonctive .....	140
Jugement éthique : applications en psychologie.....	142
Notion d'éthique dans nos sociétés .....	142
Application de la théorie fonctionnelle de la cognition .....	143
Etudes utilisant la théorie fonctionnelle de la cognition en éthique de soins .....	144
Etudes utilisant la théorie fonctionnelle de la cognition en éthique politique.....	149
Méthodologie expérimentale issue de la théorie d'Anderson .....	151
<b>PARTIE EMPIRIQUE.....</b>	<b>155</b>
<b>ETUDE SUR LE JUGEMENT D'ACCEPTABILITE DE LA POSITION POLITIQUE</b>	
<b>DE L'ETAT FACE AU PROBLEME DES DROGUES .....</b>	<b>157</b>
Problématique.....	157
Objectifs et questions de recherche .....	161
Méthodes .....	163
Participants .....	163
Matériel .....	166
Procédure.....	168
Résultats .....	170
Résultats des analyses de variance.....	171
Résultats de l'analyse en cluster .....	175
Discussion .....	181

<b>ETUDE SUR LE JUGEMENT DE RESPONSABILITE DE L'ETAT DANS LE CAS D'UN DECES LIE A LA CONSOMMATION DE SUBSTANCE .....</b>	<b>187</b>
Problématique .....	187
Objectifs et question de recherche .....	189
Méthode .....	192
Participants .....	192
Matériel .....	194
Procédure .....	196
Résultats .....	198
Résultat des analyses de variance .....	199
Résultats de l'analyse en cluster .....	206
Discussion .....	213
<b>DISCUSSION GENERALE.....</b>	<b>217</b>
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>223</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>231</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>253</b>

## TABLE DES ANNEXES

---

### Annexes Première Etude

Annexe 1. Scénarios .....	255
Annexe 2. Fiche de renseignements .....	269
Annexe 3. Consentement éclairé .....	270
Annexe 4. Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA .....	271
Annexe 5. Degré d'acceptabilité en fonction du facteur « Information du public » ....	272
Annexe 6. Degré d'acceptabilité en fonction du facteur « Demande intérieure » .....	272
Annexe 7. Degré d'acceptabilité en fonction du facteur « Politique de l'Etat » .....	272
Annexe 8. Tracé des moyennes pour une solution en trois clusters .....	273
Annexe 9. Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA incluant le facteur « Cluster »	273
Annexe 10. Synthèse de tous les effets pour les ANOVA conduites séparément sur les clusters .....	274
Annexe 11. Caractéristiques démographiques pour les clusters .....	275

### Annexes Seconde Etude

Annexe 12. Scénarios .....	276
Annexe 13. Fiche de renseignements .....	303
Annexe 14. Consentement éclairé .....	304
Annexe 15. Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA .....	305
Annexe 16. Degré de responsabilité en fonction du facteur « Caractère scientifique de la preuve » .....	306
Annexe 17. Degré de responsabilité en fonction du facteur « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse » .....	306
Annexe 18. Degré de responsabilité en fonction du facteur « Généralité du risque »	306
Annexe 19. Degré de responsabilité en fonction du facteur « Consommation » .....	306
Annexe 20 Degré de responsabilité en fonction du facteur « Intervention de l'Etat ».	307
Annexe 21. Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat » et « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse ».....	308

Annexe 22. Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat » et « Généralité du risque ».....	309
Annexe 23. Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat » et « Consommation ».....	310
Annexe 24. Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA incluant le facteur « Orientation politique ».....	311
Annexe 25. Tracé des moyennes pour une solution en trois clusters.....	312
Annexe 26. Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA incluant le facteur «Cluster».....	313
Annexe 27. Synthèse de tous les effets pour les ANOVA conduites séparément sur les clusters.....	315
Annexe 28. Caractéristiques démographiques de la population d'étude pour les clusters.....	318

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1. Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France chez les 12-75 ans .....	59
Tableau 2. Les neuf politiques théoriquement possibles face aux drogues .....	160
Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques de la population de recherche pour la première étude .....	165
Tableau 4. Descriptif des facteurs intra-sujets pour la première étude .....	168
Tableau 5. Moyenne d'âge par cluster .....	176
Tableau 6. Acceptabilité moyenne par cluster .....	177
Tableau 7. Caractéristiques sociodémographiques de la population de recherche pour la seconde étude .....	193
Tableau 8. Descriptif des facteurs intra-sujets pour la seconde étude .....	196
Tableau 9. Moyenne du facteur « Orientation politique » par cluster .....	208
Tableau 10. Moyenne d'âge par cluster .....	208
Tableau 11. Responsabilité moyenne par cluster .....	210

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 1. Diagramme de l'intégration de l'information .....	133
Figure 2. Exemple graphique de règle additive .....	137
Figure 3. Exemple graphique de règle disjonctive .....	139
Figure 4. Exemple graphique de règle conjonctive .....	140
Figure 5. Moyenne d'acceptabilité pour le facteur « Politique de l'Etat » .....	172
Figure 6. Effets combinés des facteurs « Information du public » et « Politique de l'Etat » .....	174
Figure 7. Effets combinés des facteurs « Information du public » et « Politique de l'Etat » pour les clusters .....	179
Figure 8. Effets du facteur « Intervention de l'Etat » .....	201
Figure 9. Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat » et « Caractère scientifique de la preuve » .....	203
Figure 10. Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat », « Caractère scientifique de la preuve » et « Orientation politique » .....	205
Figure 11. Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat » et « Caractère scientifique de la preuve » pour les clusters .....	211







# INTRODUCTION

---



L'Etat est une société politique organisée constituée d'un pouvoir qui s'exerce sur une population dans un territoire donné et au sein duquel une puissance publique assure la gestion des intérêts généraux. Chaque Etat possède une souveraineté qui lui permet de prendre ses orientations propres en matière de lois afin de protéger au mieux sa population. Nous considérerons dans cette étude le phénomène de la consommation de substances addictives qui est, aujourd'hui plus qu'hier, une conduite à risque largement répandue dans nos sociétés. C'est à ce titre qu'elle peut être ainsi qualifiée de véritable problème de santé publique. En tant que responsable de la santé de ses populations et soucieux de réduire la mortalité issue de la consommation de substances toxiques, chaque Etat mène des actions adaptées à sa propre demande intérieure en drogue. Les Etats prennent par ailleurs des mesures qui visent à enrayer non seulement le trafic mais également le problème de la production et celui de la consommation. Les orientations politiques prises par rapport aux différentes drogues donnent lieu à des débats controversés et soulèvent des interrogations éthiques complexes. La réglementation par l'Etat peut aller d'une interdiction quasi-totale de toutes formes de drogues jusqu'à une relative tolérance dans certains autres. Ces législations vont engendrer des conséquences variables sur les conduites des revendeurs, des consommateurs et donc sur la santé des populations concernées. Prenons le cas d'une substance en vente libre telle que le tabac. Autorisée malgré les risques qu'elle comporte, cette substance est, en Europe comme en France, la première cause de mortalité évitable. En outre, d'autres produits pourtant prohibés comme les drogues dures, sont aussi directement et indirectement responsables d'une forte mortalité dans nos pays occidentaux.

Selon un point de vue juridique, peuvent être distinguées drogues licites et drogues illicites. Les premières sont vendues dans le commerce, elles sont acceptées par la société bien que chaque année elles soient responsables de nombreux décès. Les plus communément admises sont le tabac et l'alcool qui, consommées régulièrement et/ou à haute dose, présentent des risques avérés pour la santé. Lorsque le mot drogue est prononcé dans notre pays, nous pensons surtout aux drogues illicites telles que le cannabis ou l'héroïne qui restent prohibées et dont l'usage est puni par la loi. En effet, malgré les interdictions, les drogues illicites se vendent clandestinement, leur prix est prohibitif et les profits associés à leur vente génèrent un certain niveau de corruption

(probablement au sein même de l'Etat) et un nombre d'homicides qui demeure heureusement modéré dans notre pays. Cependant, la prohibition engendre une grande variabilité dans la qualité des produits consommés et de nombreux accidents mortels tels que des *overdoses* sont enregistrés. Actuellement, la politique *prohibitionniste* est majoritaire dans le monde, mais selon les Etats, elle évolue et peut être appliquée de manière plus ou moins stricte. En réalité, il existe différentes positions politiques possibles face au problème des drogues. Goode (1998) a réalisé un inventaire des ces différentes possibilités en basant son analyse sur les origines philosophiques et idéologiques de chacune de ces positions. Selon Goode, « *les principaux profils politiques relatifs à la légalisation des drogues peuvent être décrits comme suit : les conservateurs culturels, les libéralistes du libre échange, les légalisationnistes progressistes, les prohibitionnistes progressistes et les constructionnistes radicaux* » (p.19).

Dans une première étude, nous nous intéresserons à l'acceptabilité de la position politique prise par l'Etat concernant la réglementation des drogues dures et douces, telle qu'elle est perçue par le citoyen ordinaire. Quels sont les facteurs qui influent sur l'acceptabilité perçue de la position de l'Etat ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Cette étude amène un questionnement central dans les débats sur la légalisation et qui concerne la responsabilité du gouvernement en fonction de sa politique face aux drogues. En effet, peut-on dire qu'à partir du moment où ce dernier autorise les drogues, sa responsabilité va augmenter ? Si l'on considère par exemple le phénomène du tabagisme, dans le cas concret du décès d'un fumeur qui a développé un cancer des poumons, la responsabilité de l'évènement peut, pour partie au moins, être attribuée au sujet lui-même qui a décidé de prendre le risque de consommer du tabac. Le lien entre consommation de tabac et cancer des poumons est bien établi d'un point de vue scientifique et il est connu de la population depuis un certain temps maintenant. Il n'y a rien non plus dans la loi qui oblige les personnes à fumer. Par conséquent, la responsabilité individuelle ne fait pas de doute. La responsabilité de l'évènement peut cependant aussi, pour partie être attribuée à l'Etat. Cette part de responsabilité dépend vraisemblablement des politiques de prévention mises en place par celui-ci. La responsabilité de l'Etat sera, selon toutes probabilités, considérée comme beaucoup plus grande si aucune campagne d'information du consommateur à propos des risques n'a

été engagée ou si l'Etat conserve le monopole de la distribution de la substance. Dans notre seconde étude, c'est donc ce problème de la responsabilité de l'Etat, telle qu'elle est perçue par le citoyen ordinaire, que nous examinerons. Quels sont les facteurs qui influent sur la perception de la responsabilité de l'Etat lors d'un décès lié à la consommation de substance ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Ainsi, c'est la notion de jugement qui sera au cœur de notre problématique. Omniprésente dans notre société, elle a été étudiée par de nombreux courants de la psychologie et plus précisément par celui de la psychologie cognitive. Sur quelles informations se fonde notre jugement et de quoi tient-on compte au moment de choisir, d'évaluer ? Quels sont finalement les éléments qui déterminent notre jugement ? Ces questions ont été traitées par la littérature dans des recherches s'appuyant sur le courant développé par Anderson : *la théorie fonctionnelle de la cognition*. Cette approche cognitive a permis en effet d'étudier les mécanismes fondamentaux menant à l'élaboration du jugement quand celui-ci nécessite l'intégration de plusieurs informations simultanées. Dans nos deux études, nous utiliserons une méthode de simulation issue de cette théorie fonctionnelle de la cognition (Anderson, 1981).

Cette recherche a pour objet d'enrichir le champ de la littérature dans le domaine du jugement éthique et nos études devraient, en particulier, permettre de mieux comprendre la manière dont les citoyens envisagent l'acceptabilité de la position politique de l'Etat face aux drogues et comment ils perçoivent sa responsabilité dans les cas de conduites à risques individuelles menant à des problèmes graves de santé.

Notre travail s'organisera donc selon le plan suivant : dans notre partie théorique, nous aborderons en premier lieu la notion d'Etat afin de mieux comprendre le rôle de ce dernier notamment dans la législation en santé publique et la prévention relatives aux substances addictives. Nous ferons ensuite un état des lieux sur les drogues dures et les drogues douces dans des perspectives typologique, médicale et géopolitique. Dans un second temps, nous aborderons le concept de responsabilité ainsi que celui de risque appliqués tous deux au domaine de la santé et plus spécifiquement à la consommation de tabac que nous développerons à titre d'exemple. Enfin nous détaillerons la théorie fonctionnelle de la cognition avant d'en présenter plusieurs applications notamment dans le champ de l'éthique et de la santé. Après cette revue de littérature et au regard des recherches antérieures se rapprochant de notre domaine de

recherche, nous développerons notre partie empirique. Ainsi, nous étudierons l'acceptabilité de la position de l'Etat concernant la réglementation des drogues dures et douces, telle qu'elle est perçue par le citoyen ordinaire puis nous verrons les conditions de la responsabilité de l'Etat, telles qu'elles sont perçues par le citoyen ordinaire dans le cadre d'un décès lié à la consommation d'un produit (deuxième étude). Chaque étude s'organisera en plusieurs étapes. Dans une première phase, nous présenterons les hypothèses, la méthode utilisée, les participants à l'étude, le matériel et la procédure de passation de l'expérience. Dans une deuxième étape, nous exposerons les résultats et nous analyserons les effets principaux. Dans une troisième étape et avant de conclure, nous discuterons des résultats obtenus.

# **PARTIE THEORIQUE**

---





# **L'ETAT COMME GARANT DE LA SANTE PUBLIQUE**

---

La pensée philosophique occidentale a produit de nombreuses réflexions sur la notion d'Etat. Cette dernière reste difficile à appréhender car elle renvoie non seulement à une abstraction mais également à une organisation. En outre, les rôles de l'Etat sont multiples et dans le cadre de la santé des populations, il doit prendre en compte à la fois les dimensions administratives, politiques et économiques afin de coordonner la santé aux niveaux collectif et individuel. Cette activité organisée correspond au domaine de la santé publique : elle fait appel à des disciplines variées et complémentaires qui concernent toutes les dimensions de soins : préventive, éducative, curative et de réhabilitation.

Nous allons ici éclaircir la notion d'Etat afin de pouvoir détailler et comprendre comment s'organisent les pouvoirs et quel est donc le rôle de chacun dans le cadre de la santé publique. Nous décrirons le panorama des opinions politiques françaises actuelles. Enfin, nous aborderons les concepts de risque et de santé publique avant de décrire les acteurs en jeu et leurs différentes interventions dans le cadre de la législation et de la prévention face au problème des substances addictives qui nous intéresse.

## **DEFINITION DE LA NOTION D'ETAT**

L'Etat peut être abordé de deux manières distinctes : ainsi nous pouvons parler du pays dans sa globalité, c'est-à-dire de l'Etat en tant que société publique structurée et constituée d'un territoire délimité géographiquement où vit une communauté possédant une organisation. Et, dans un sens plus étroit, l'Etat peut également désigner le pouvoir central et donc l'organisation politique d'un territoire. Dans ce cadre, l'Etat est alors une entité artificielle composée de fonctionnaires au service du gouvernement qui leur ordonne le droit public (Ardant & Mathieu, 2012). Pour notre part, nous retiendrons la

première définition plus complète, selon laquelle l'État est une société politique organisée et nous en exposerons ici les principaux traits.

## Éléments constitutifs de l'Etat

L'Etat est généralement défini comme étant, selon la formule classique proposée par Carré de Malberg, une communauté d'hommes fixée sur un territoire propre et possédant une organisation d'où résulte, pour le groupe envisagé dans ses rapports avec ses membres, une puissance supérieure d'action, de commandement et de coercition (Carré de Malberg, 1962). Un Etat existe donc quand sont réunis trois éléments : un *pouvoir* s'exerçant sur une *population* rassemblée en un *territoire*.

### *Une population*

Il n'y a pas d'État sans individus car le pouvoir de donner des ordres s'exerce sur un groupe humain. En revanche, la taille démographique est indifférente pour former un Etat. En termes de population, la seule condition pour qu'un groupe puisse être considéré comme un Etat est qu'il forme un corps politique autonome et distinct des Etats voisins. Enfin, si la population est composée pour l'essentiel des nationaux de l'Etat, les étrangers qui y séjournent doivent aussi obéissance à ses règles.

### *Un territoire*

L'Etat dispose d'un territoire stable et clairement délimité sur lequel ses compétences sont exercées. Il s'agit d'un espace géographique restreint, forgé au fil de son histoire. Le territoire de l'Etat est pluridimensionnel et se compose du territoire terrestre et aérien auquel il faut ajouter le territoire maritime pour les Etats ayant un débouché sur les mers ou océans. L'Etat s'étend jusqu'à ses frontières, et sur ce territoire global, la population obéit aux règles édictées par les dirigeants qu'elle reconnaît.

## *Une puissance publique*

Enfin, ce qui constitue un Etat, avant tout, c'est l'existence d'une puissance publique acceptée et reconnue en tant que telle par les individus qui appartiennent au groupe national. L'Etat apparaît alors comme une institution destinée à justifier l'existence de rapports d'autorité. Le but essentiel est ici de créer dans la Nation une volonté capable de prendre toutes les décisions que nécessite la gestion de ses intérêts généraux. L'Etat est, par ailleurs, le seul à disposer de forces de police ou à assurer la justice. Son pouvoir de droit est ainsi complété par son droit de recourir à la force de manière légitime car elle s'appuie sur le droit.

Au plan juridique, l'Etat est une personne morale bien distincte des gouvernants. La création de cet être fictif permet de servir l'intérêt général tout en assurant la pérennité de l'Etat. Cela permet par ailleurs le recours en justice des individus contre lui. La notion de personne morale est en effet une fiction construite par les hommes en raison de son absence d'existence concrète et qui n'existe donc qu'à travers ses représentants. Aussi, le statut des gouvernants diffère de celui de l'Etat ; ces derniers sont seulement titulaires d'une fonction dont ils ne sont pas propriétaires. Ils sont donc assujettis à des obligations vis-à-vis d'une loi et non d'un individu (Guillien & Vincent, 2001).

Chaque Etat aura donc des institutions politiques propres et un droit constitutionnel particulier. En outre, la souveraineté de l'Etat lui permet de choisir son organisation constitutionnelle, sans que les autres Etats ou d'autres organisations internationales puissent contester ce choix. La souveraineté ne vient donc d'aucune autre autorité qui l'aurait établie, ni n'est soumise à aucune autorité. Elle induit l'indépendance de l'Etat et explique les orientations différentes prises par chaque Etat en matière de lois. Dans le cadre des drogues que nous développerons par la suite, malgré l'existence des traités internationaux, des Etats voisins peuvent avoir des législations différentes, et ce phénomène favorise les trafics illégaux ainsi que le développement du *narcotourisme*.

## Rôle de l'Etat et répartition des pouvoirs

Avec le temps, l'histoire, les mœurs et la religion, le rôle de l'Etat n'a cessé de grandir et s'est construit de manière souvent très différente selon les pays. Destiné à l'origine à protéger les citoyens et à percevoir l'impôt, l'Etat s'est fait l'organisateur de la vie sociale. Il fixe aujourd'hui les règles du jeu économique, agit par lui-même (travaux publics, éducation, nationalisations), organise les relations et la protection sociale. Avec les nouveaux enjeux mondiaux et européens, l'Etat doit recentrer ses actions sur les domaines phares que sont l'éducation, la justice, la sécurité, la diplomatie, la cohésion sociale, l'organisation de la solidarité nationale, de la santé et de la protection sociale. En France, dans les faits, les responsabilités sont redistribuées au niveau local, ce qui permet à l'Etat de se rapprocher de ses citoyens et de lutter contre la fragilisation du lien social. Dans notre pays, les pouvoirs sont également réorganisés en amont pour être partagés à l'échelon européen.

De manière synthétique nous pouvons dire que les principaux rôles de l'Etat sont les suivants : il est garant de l'unité nationale et du maintien de l'héritage commun, il assure la sécurité par le maintien de l'ordre public, il est responsable des politiques économiques et sociales et ainsi, de la lutte contre les inégalités et enfin de la santé publique. Il organise par ailleurs les domaines publics que sont l'enseignement, l'urbanisme, les transports, la recherche, les loisirs... et pour finir il s'occupe des relations avec l'international au travers de sa politique extérieure et au moyen des organisations internationales dont il fait partie.

La répartition des pouvoirs permet de confier les missions qui incombent à l'Etat aux différentes composantes de ce dernier. Cette séparation vise à limiter l'arbitraire en empêchant la concentration des pouvoirs dans les mains d'une seule personne. La France a, pour sa part, développé sa propre conception de la séparation des pouvoirs. Elle se fonde sur la limitation des attributions de l'autorité judiciaire à l'égard de la puissance publique. La séparation des pouvoirs est ainsi devenue un élément essentiel des démocraties représentatives. Elle est appliquée sur le terrain à l'ensemble des domaines d'action de l'Etat comme notamment au domaine de la santé publique qui nous intéresse ici. En France, les trois pouvoirs de l'État sont les suivants :

- ✦ **Le pouvoir législatif** qui consiste à discuter et à voter les lois tout en contrôlant l'exécutif. Ce pouvoir est exercé par le Parlement.
- ✦ **Le pouvoir exécutif**, qui consiste à faire appliquer les lois et conduit la politique nationale. Il est exercé par le Président et par le gouvernement. Le pouvoir exécutif met en œuvre les lois et conduit la politique nationale aux moyens de son administration et de la force armée.
- ✦ **Le pouvoir judiciaire**, qui consiste à rendre la justice. Ce pouvoir est confié aux tribunaux et son indépendance est primordiale, puisqu'elle est la condition de son impartialité.

Le système politique français est substantiellement fondé sur une démocratie représentative, tant au niveau national qu'au niveau local. Cela signifie que c'est le corps électoral qui désigne des représentants élus qui exercent, en son nom, le pouvoir politique ou administratif. Dans ce système, ce sont les « meilleurs », selon les électeurs, qui détiennent le pouvoir et représentent la Nation et le peuple dans son ensemble. Aussi, dans ce cadre, comprendre et connaître les opinions politiques des Français va avoir une importance capitale puisque ces dernières seront à l'origine du vote des citoyens et donc de l'accès au pouvoir de leurs représentants. Ces opinions vont également régir la vision que chaque citoyen a du rôle de l'Etat et de celui de ses gouvernants.

## Positionnements politiques « gauche » et « droite » en France

En France, les partis s'agencent de manière claire dans un espace politique simple : *un axe gauche-droite*. Toutes les tentatives de positionnement en dehors de cet axe, pour des partis qui se diraient ni à gauche, ni à droite, donnent une impression de flou difficile à éclaircir. Ce clivage gauche-droite date historiquement de la Constituante française, puisque c'est à ce moment-là que les députés y adoptèrent une disposition spatiale en fonction de leurs affinités politiques. Bien qu'elle ne reflète en rien la complexité des options politiques possibles aujourd'hui, l'opposition gauche-droite s'est perpétuée dans la plupart des pays où les partis se distribuent le long d'un continuum entre ces deux extrêmes (Sauger, 2010). En effet, contrairement à ce que

certaines pensent, la répartition gauche/centre/droite est loin d'être dépassée. En effet, l'enquête TriElec de TNS Sofres montre que seules 5,5% des personnes interrogées ne savent pas ou refusent de se placer sur l'axe gauche-droite : ainsi, 19% choisissent la position centrale, 36,5% se placent à gauche et 39% à droite (Tiberj, 2012). Un sondage mené par le Baromètre Politique Français en octobre 2012 utilise une répartition en six catégories : très à gauche ou à gauche), au centre, très à droite ou à droite et ni à gauche ni à droite. Les résultats montrent que près de 28% des répondants, (+3 par rapport à une enquête datée de septembre 2010) se placent à gauche, 20% à droite (+1), tandis que 28% se définissent comme ni de gauche et ni de droite (-5). L'espace centriste représenterait seulement 13% des répondants.

Entre les deux études que nous venons de citer, une nette progression de la gauche apparaît. Elle pourrait notamment s'inscrire dans la logique des résultats socialistes aux élections présidentielle et législatives de 2012. Cet élément traduit bien que le positionnement politique n'est pas une caractéristique figée mais bien au contraire une composante dynamique.

L'axe gauche-droite, s'il a conservé certaines constantes au long de l'histoire, a toutefois largement évolué depuis la révolution française : les mentalités et les enjeux ne sont plus les mêmes. Au début, la gauche représentait plutôt les masses populaires et la droite les élites. Les identités sociales de la gauche et de la droite présentent aujourd'hui à la fois de profondes mutations en termes professionnels mais aussi des permanences sur le plan religieux. Ainsi, la gauche a progressé dans des groupes socioprofessionnels d'où elle était absente au départ, en particulier au sein des catégories moyennes et supérieures. Elle a profité par ailleurs de l'arrivée dans le corps électoral des Français d'origine maghrébine et africaine. La droite se maintient chez les catholiques pratiquants, réguliers ou occasionnels, alors qu'il existe toujours un « survote » à gauche chez les athées. En termes d'âge, les cohortes les plus favorables à la droite sont celles nées avant la seconde guerre mondiale (Tiberj, 2012).

L'enquête TNS Sofres fait clairement apparaître qu'en février 2012 les différences entre les électeurs de gauche et les électeurs de droite se situent sur les dimensions à la fois socioéconomiques et culturelles des valeurs. Les écarts les plus significatifs se retrouvent sur le nombre de postes de fonctionnaires, sur la nécessité de taxer les riches (même si cette position est actuellement majoritaire aussi à droite) et

sur la priorité à accorder soit aux salaires soit à la compétitivité des entreprises. En matière culturelle, le droit de vote des étrangers non-européens est redevenu un enjeu de polarisation forte (même s'il divise désormais la droite), tout comme le nombre des immigrés. Enfin la question des modèles éducatifs clive fortement. Pour résumer et schématiser ce qui caractérise actuellement l'espace politique français, la droite désigne des courants ou partis mettant en avant la rigueur morale et un certain conservatisme. L'ordre, le travail, la famille et la responsabilité individuelle sont plutôt considérés comme des valeurs de droite. A l'opposé, la gauche s'intéresse davantage à la justice sociale, l'égalité, la solidarité, l'humanisme et la laïcité. Elle préconise des objectifs communs et un projet collectif. Pour ses partisans, il s'agit ainsi de maximaliser la relation sociale, la responsabilité collective, le contrôle et la morale publique.

Sans détailler, il faut cependant savoir que des auteurs tel que Rémond ont introduit la *thèse des droites* selon laquelle trois droites se dessinent nettement dans le paysage politique français : la première que l'on qualifiera de libérale, la seconde de protestataire, et la dernière de religieuse. Selon une même idée, des tensions sont présentes au sein de la gauche notamment en ce qui concerne les valeurs. Aussi, il existerait une gauche ouverte qui se différencierait de la gauche protestataire et de la gauche conservatrice.

## SANTÉ PUBLIQUE : DU RISQUE A LA PREVENTION

Nous allons nous centrer sur les principaux dispositifs relatifs à la santé des populations mis en place par nos gouvernements et notamment l'évaluation et la gestion de l'ensemble des risques auxquels peuvent être potentiellement exposés les individus. Pour mieux cerner le rôle potentiel de l'Etat en santé, voyons dans un premier temps, ce que l'on entend par la notion de risque sanitaire. Nous pourrions ainsi détailler plus clairement ce que recouvre le terme de santé publique.

## Risque pour la santé

Le risque fait partie intégrante du développement de l'Homme. Tout comportement, toute activité et finalement l'existence dans son ensemble, comporte une part potentielle de risque au niveau physique, intellectuel, financier, etc... et son expression la plus manifeste n'est autre que le risque de décès (Michel, 2001). En définitive, la notion de risque trouve son application dans des domaines aussi variés que l'économie, le sport, le droit, l'histoire, la géographie, les mathématiques. La diversité qui sous tend cette notion engendre une importante difficulté à se référer à une définition commune et unique du concept. Actuellement, le risque gagne des secteurs de notre existence toujours plus nombreux, et parallèlement à cette évolution, les exigences de sécurité se sont renforcées. Aujourd'hui, face aux risques croissants qui ne cessent de se développer, sont mis au point des dispositifs de prévision, de prévention et de protection pour tenter de les maîtriser au maximum (Veyret-Mekdjian, 2001).

### *Définition générale du concept de risque*

Dans sa définition même, le concept de risque est loin d'être univoque. Très largement employé dans le langage courant, par le sens commun, et par la communauté scientifique, il renvoie autant au caractère dommageable et dangereux d'un événement qu'à son caractère incertain. La fragmentation disciplinaire dont a longtemps fait l'objet le concept a engendré une difficulté d'en donner une définition unique. Aujourd'hui cependant, a lieu une évolution progressive vers à une approche interdisciplinaire de ces questions liées aux risques.

Kouabenan, Hermand et Munoz Sastre tentent d'apporter un éclairage sur ce concept de risque en faisant un parallèle avec des notions proches telles que le danger, la sécurité et la fiabilité (2006). En effet, sémantiquement, la notion de risque est souvent assimilée à un danger, une menace.



En reliant danger et risque, les auteurs proposent la définition suivante :

*« Le risque est la possibilité qu'un évènement ou une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées, ou plus succinctement, le risque est la possibilité qu'un danger s'actualise, c'est-à-dire entraîne effectivement des dommages, dans des conditions déterminées. » (Kouabenan, Hermand et Munoz Sastre, p 24).*

Le risque est différent du danger par le fait qu'il est lié à une mesure « *On définit le risque comme les effets d'un aléa sur des biens ou des personnes vulnérables ; le danger est un état, le risque sa mesure* » (Bourrelier et al., 2000). Le risque correspond ainsi à la possibilité d'une perte potentielle, identifiée et quantifiable, inhérente à une situation ou une activité, associée à la probabilité de l'occurrence d'un événement ou d'une série d'événements. En définitive, la notion de risque renvoie aux catastrophes ou aux dangers dont les hommes cherchent à se protéger. Le risque n'est pas un aléa, c'est un danger éventuel plus ou moins prévisible.

En outre, le risque résulte également d'une construction sociale où s'imbriquent étroitement le naturel, la technique, le politique et le social, ainsi qu'une forte connotation subjective qui n'est autre qu'un jugement de valeur.

### *Un construit cognitif et social*

C'est le jugement d'acceptabilité qui accompagne la notion de risque qui en fait à la fois une construction cognitive et une construction sociale. En d'autres termes, pour un sujet, il s'agit de savoir si le risque considéré, est ou n'est pas acceptable. Il faut pour cela prendre en considération les gains et les pertes potentiels liés à ce risque en vue de déterminer pour chaque action possible, la part des avantages par rapport à la part des inconvénients. Un risque acceptable devra par définition engendrer des avantages supérieurs à ses inconvénients.

Cette dimension d'acceptabilité du risque nous conduit ainsi à souligner l'importance capitale non seulement des déterminants individuels, mais également des déterminants sociaux et culturels en matière de perception des risques (Kouabenan, 2007). Dans cette optique, le risque prend une véritable valeur sociale qui peut évoluer

et se modifier parfois radicalement selon le progrès des connaissances, le niveau de croissance technologique, l'évolution des lois et des mentalités. Considérons le cas de la consommation de tabac par exemple. Banalisée et même encouragée dans certains milieux au début du XXème siècle, elle est aujourd'hui largement réprouvée, les fumeurs faisant parfois même l'objet d'une certaine exclusion sociale. Finalement, si les risques sont induits et créés par la société elle-même, leur appréciation est également dépendante des circonstances, des individus et du milieu dans lesquels ces risques se manifestent (Kouabénan, 2007). Ainsi, le risque se conjugue dans une dimension à la fois sociale, psychologique, physique, politique et culturelle.

Compte tenu de ces éléments, un risque pour la santé peut être considéré comme l'existence de la probabilité d'une issue sanitaire défavorable à une situation. Il peut être également un facteur qui augmente cette probabilité. Agir contre les risques sanitaires est donc d'une importance capitale pour la prévention des maladies et des traumatismes. Pour qu'elles aient un effet direct sur la mortalité et la morbidité des populations, ces mesures doivent être précises et s'adapter au milieu, à l'époque, à la culture dans lesquels elles s'appliquent.

## **La santé publique : véritable institution sociale**

Les situations susceptibles d'engendrer des risques pour notre santé sont nombreuses et leurs conséquences diverses. En réalité, ce sont les pressions médiatiques et politiques issues de crises sanitaires récentes qui ont permis la mise en place d'un dispositif de veille multidimensionnel ainsi que le développement d'un grand nombre de mesures et d'actions visant à protéger et à améliorer la santé des populations. Ainsi, les domaines de la sécurité sanitaire avec celui de la santé publique se sont largement étendus.

### *Définition de la santé publique*

La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité et de la santé globale des populations. Son champ d'action est particulièrement vaste puisqu'il regroupe tous les efforts sociaux, politiques et

organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé des citoyens au niveau individuel comme au niveau collectif. L'OMS, en 1952, en donne la définition suivante :

*« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les maladies, enseigner les règles d'hygiène personnelle, organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé » (OMS, 1952).*

La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens.

### *Politique de santé publique en France*

En France, comme dans la plupart des pays aujourd'hui, la santé publique fait appel à un ensemble de disciplines variées et complémentaires qui comprennent notamment la médecine épidémiologique, sociale et économique. Elle intègre par ailleurs les diverses notions que sont l'environnement, l'histoire, la culture et concerne toutes les dimensions de soins.

Le Président de la République, Hollande, a déclaré en novembre 2012 qu'il souhaitait que le Gouvernement présente en 2013 une loi de santé publique fortement axée sur la prévention. Pour l'instant, la dernière loi en matière de santé publique remonte à 2004. Cette loi n°2004-806 du 9 août 2004 affirme pour la première fois la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique. Le texte, qui propose une centaine d'objectifs pour les cinq années à venir, vise à réduire la mortalité et la morbidité évitables, et à diminuer les disparités régionales en matière de santé.

Cette loi indique que :

*« La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat. La politique de santé publique concerne la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la lutte contre les épidémies, la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités, l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes, l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et les risques sanitaires, l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire, la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé, l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps, la démographie des professions de santé . »*

Une politique de santé publique est donc l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics pour choisir les champs d'intervention, les objectifs généraux à atteindre et les moyens qui seront engagés. Ces politiques donnent naissance à un plan de santé publique. Ce dernier correspond aux dispositions arrêtées en vue de l'exécution d'un projet et comporte donc une série de programmes d'actions. Il opère des choix stratégiques en retenant certains types d'intervention plutôt que d'autres et fixe les priorités de son action en les hiérarchisant. Enfin, un programme de santé publique est mis en place : c'est un ensemble cohérent d'actions pour atteindre des objectifs précis. Chaque action de santé publique est la composante opérationnelle de ce programme et définit un mode d'intervention particulier.

L'État affirme sa responsabilité à l'égard de la santé de la population en définissant tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique. Dans un rapport annexé à la loi, le Gouvernement précise les objectifs de la politique de santé publique et les plans stratégiques qu'il entend mettre en œuvre. Le Parlement débat,

amende et vote la loi quinquennale. Il peut à tout moment évaluer son application, en tout ou en partie, par l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé.

Le phénomène de consommation de substances addictives qui nous intéresse fait partie des champs d'intervention prioritaires en santé publique. Dans notre pays aujourd'hui, cela sous-entend, entre autres, de parler de la consommation de tabac, d'alcool ou de médicaments psychotropes (Currie et al., 2004) mais aussi de la consommation de cannabis, d'amphétamines, de LSD ou d'autres hallucinogènes, de crack, de cocaïne, d'ecstasy ou d'héroïne (Hibell et al., 2004). Il faut ajouter à cela, d'autres substances plus ou moins largement répandues et que l'on a longtemps considérées comme étant d'une totale innocuité et qui se sont révélées avoir une propension à la nocivité. L'Organisation Mondiale de la Santé admet et reconnaît que le potentiel toxique de l'ensemble des substances chimiques auxquelles les populations sont exposées est loin d'avoir été entièrement exploré (OMS, 1990).

## Actions de l'Etat en matière de prévention

### *La prévention*

La santé est un *droit*. Ce principe est inscrit dans la constitution de l'O.M.S. signée le 22 juillet 1946 selon lequel :

*« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quels que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale ».*

Ce même principe se retrouve dans la Constitution Française, ce qui donne donc le devoir à l'Etat d'organiser des services ouverts à tous. C'est ici qu'intervient donc la notion de prévention puisque cette dernière doit être assez effective pour permettre que le système de soins n'ait pas à pallier ce manque. En réalité, la prévention est une notion complexe et notamment quand elle s'applique au domaine de la santé. Il existe dans ce cadre plusieurs définitions et nous allons reprendre ici celle de la banque de données en santé publique. Elle décrit ainsi la prévention comme étant l'ensemble des actions visant

à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementales, des pressions politiques ou de l'éducation en matière de la santé. (Fassin, 2005)

La prévention peut être collective ou individuelle et se différencie de l'acte thérapeutique en lui-même par la condition même de la personne visée qui est a priori non malade. La prévention a en effet pour objet les personnes saines et vise à empêcher chez elles l'apparition d'une maladie. L'Organisation Mondiale de la Santé a proposé la distinction, aujourd'hui classique, de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

- ✦ **La prévention primaire** comprend tous les actes destinés à diminuer en amont l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle et collective qui visent à modifier le comportement des personnes afin de les soustraire à un risque identifié (lutte contre les addictions par exemple). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales. Les objectifs sont de fournir aux individus les informations appropriées leur permettant de faire des choix adaptés à propos de leur santé et d'élever leur niveau d'éducation dans ce domaine.
- ✦ **La prévention secondaire** comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte non seulement le dépistage précoce mais également le traitement des premières atteintes. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore afin de faire disparaître les facteurs de risque.
- ✦ **La prévention tertiaire** intervient à un stade où il s'agit de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les complications, les invalidités fonctionnelles et les rechutes consécutives à la maladie. Dans ce cadre, la prévention s'étend au domaine de la réadaptation puisqu'elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale (Parquet, 1998).

## *Politique d'action coordonnée*

La loi relative à la politique de santé publique organise le partenariat des acteurs de santé au moyen d'institutions répondant à un souci de cohérence avec les principales étapes de la programmation par objectifs. Au départ, il y a une évaluation du problème de santé (état des lieux, expertise et concertation) pour pouvoir fixer des objectifs (niveau décisionnel), cela conduit au choix des programmes mis en œuvre, incluant les moyens, puis la mise en route des actions prévues. Enfin, un nouvel état des lieux est effectué et pourra orienter une éventuelle politique future. Afin de garantir la cohérence de chacune de ces étapes, l'Etat a défini des institutions et a distribué précisément les rôles au niveau national d'une part (Haut Conseil de la Santé Publique, Conférence Nationale de Santé, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Comité National de Santé Publique...) et au niveau régional d'autre part (Conférence Régionale de Santé, groupements régionaux, associations). Dans le cadre de la politique française de lutte contre les drogues, les principaux acteurs sont les suivants :

- ✦ **La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)**, chargée de coordonner l'action du Gouvernement dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux ;
- ✦ **Le Ministère de la santé**, et plus particulièrement la **Direction Générale de la Santé (DGS)** qui prépare et met en œuvre la politique de santé publique en matière d'addictions. En pratique, pour les addictions et la consommation de substances, c'est l'action complémentaire des différents ministères (I, Défense, Finances, Santé...) qui va permettre de mener une politique de lutte globale. Sur le terrain, ce sont les services de soins spécialisés et plusieurs associations qui s'occupent de prendre en charge la prévention et la gestion des risques sanitaires.
- ✦ **L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)** chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé

## *Campagnes de prévention*

Dans le cadre des deux études que nous avons menées, les campagnes de prévention relatives aux addictions constituent un de nos facteurs principaux qu'il est donc nécessaire d'aborder ici puisque cette communication par le biais des campagnes revient à l'Etat. Notons toutefois que ce n'est qu'une modalité des actions qui doivent être menées par ce dernier dans le cadre de la santé publique. Elle nécessite en effet d'être complétée par d'autres mesures et actions qui ne concernent pas directement nos travaux et que nous n'aborderons donc pas dans le détail.

La communication par le biais des campagnes a plusieurs buts : elle sert non seulement à informer de l'intérêt porté par l'Etat aux problèmes majeurs de santé, mais également à éclairer la population sur les comportements favorables à sa santé afin de faire évoluer ou de changer sa perception. Par ailleurs, cette communication en santé publique permet de mettre à l'ordre du jour les problèmes majeurs de santé à la fois auprès de la population mais également auprès des relais d'opinion que sont les médias, les décideurs et les professionnels.

Concernant la prévention des addictions comme pour de nombreux autres comportements à risques, l'Etat se doit donc de mener des campagnes pour sensibiliser, informer et donc protéger les populations. Ces campagnes ont été très nombreuses ces dernières années et pour qu'elles soient efficaces et rentables, il est nécessaire que les pouvoirs publics prennent en compte certains arguments scientifiques. Quelques études se sont en effet intéressées à l'évaluation de l'efficacité de ces campagnes. Notons toutefois que le manque de ressources, certaines difficultés techniques d'évaluation des changements de comportement et les difficultés d'accès aux données (notamment dans le cas de produits illicites) ne favorisent pas l'élaboration de tels travaux.

Au niveau international, plusieurs études de grande envergure ont été menées. Une des plus connues concerne la campagne VERB. Pour augmenter le niveau d'activité physique des préadolescents, le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies américain a orchestré une campagne nationale (VERB). L'évaluation de l'impact de la campagne s'est appuyée sur un suivi de cohortes dans le cadre d'une étude longitudinale nationale. Il en ressort que plus les jeunes ont été exposés à la campagne, plus ils croient aux bienfaits d'être physiquement actifs, à leur auto-efficacité et à l'importance de



l'influence sociale sur les comportements. Au final, en plus d'avoir démontré des effets positifs sur les plans comportementaux et psychosociaux, les résultats illustrent que les messages de santé publique peuvent être « vendus » aux jeunes avec des stratégies semblables à celles utilisées pour vendre des produits de consommation, comme le concluent les auteurs (Huhman, Potter, Piesse, Judkins, Banspach & al., 2010).

Certaines études ont également été menées en France comme celle de Munoz-Sastre, Monsirmen, Morin, Presutto, Seguela, Vinel, & al. (2006) qui montre que la campagne d'éducation du public français de 1999 à propos de l'hépatite C n'a entraîné qu'une augmentation limitée des connaissances à propos de cette pathologie mais que l'éducation du public apparaît comme réellement nécessaire.

En réalité, cela fait peu de temps que l'on considère dans notre pays, que l'évaluation doit être conçue au moment où la campagne est élaborée et pas seulement après le lancement de cette dernière. Au fil de ses actions de prévention, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé a donc développé un arsenal de moyens et de méthodes pour en évaluer l'impact. Une des dernières enquêtes a été réalisée auprès de 2000 personnes de 18 à 75 ans et a permis d'apporter quelques réponses sur la manière dont les campagnes de prévention (sur le tabac, l'alcool et la nutrition) sont perçues par les individus et sur l'impact de ces campagnes. L'étude montre qu'un Français sur huit concentre l'ensemble des qualités qui feraient de lui un récepteur idéal aux campagnes de prévention. Ces dernières suscitent par ailleurs des attitudes contrastées : réceptivité, indifférence, hostilité, méfiance et angoisse. Les résultats suggèrent que la fiabilité perçue des campagnes apparaît très forte puisque ces dernières semblent avoir eu un impact très significatif sur les comportements, au moins à court terme. Concernant le tabagisme, 43% des anciens fumeurs estiment que les messages préventifs ont été une motivation importante pour arrêter de fumer. Et parmi les personnes fumant au moment de l'enquête, 65% déclarent avoir réduit leur consommation au cours des douze derniers mois. Parmi elles, 52% estiment que le prix des cigarettes a été une motivation importante, contre 46% qui citent l'interdiction de fumer au travail et dans les lieux publics, et 43 % qui évoquent plutôt les messages sur les dangers du tabac pour expliquer leur changement de comportement. En outre, un quart déclare qu'aucun de ces motifs n'a joué un rôle important dans leur décision. Concernant l'alcool, un tiers des personnes interrogées buvant de l'alcool rapportent

qu'elles ont réduit leur consommation (pour la plupart durablement) au cours des douze derniers mois suite aux campagnes. Toutefois, la réduction de la consommation d'alcool s'est simplement traduite, pour plus de la moitié d'entre elles, par le fait d'éviter de boire avant de prendre le volant (Peretti-Watel, Seror, du Roscoät, & Beck, 2009).

Enfin, les études sur l'efficacité des campagnes de prévention font ressortir différents éléments : notamment que les individus les plus exposés aux risques ciblés par les messages de prévention ont le plus souvent tendance à adopter une réaction défensive et résistante face à ces campagnes (Lieberman & Chaiken, 1992). Enfin, et c'est un fait intéressant, les dernières technologies présentent la possibilité, par leur interactivité, de s'adapter spécifiquement à chaque individu. Cette dernière stratégie, qui consiste à ajuster la communication sur la base d'informations personnelles, a déjà démontré son efficacité sur une large variété de comportements de santé comme l'arrêt du tabac, de l'alcool et de certaines substances illicites (Kreuter & Wray, 2003).

## CONCLUSION

La santé publique est au cœur des efforts des gouvernements pour améliorer et promouvoir la santé et le bien-être de leurs citoyens. Ce domaine de la santé publique a été longtemps cantonné à l'hygiène, à l'assainissement et à la lutte contre les maladies transmissibles, mais il s'est récemment élargi pour englober de nouvelles préoccupations sociales. Aujourd'hui, dans la théorie moderne de la santé publique et aussi dans sa pratique, on retrouve parmi ses caractéristiques principales : l'importance de la responsabilité collective pour la santé et le rôle primordial de l'Etat dans la protection et la promotion de la santé de la population. Ainsi, aujourd'hui si le rôle de l'Etat en santé publique fait globalement l'unanimité, ce sont les moyens d'y parvenir qui diffèrent selon le parti politique au pouvoir. Dans la mise en œuvre de sa politique, tenir l'intérêt général au-dessus des intérêts catégoriels privés, ne pas céder au clientélisme électoral, constitue sans doute la première des exigences de la gauche. Dans ce cadre le gouvernement interviendra à tous les niveaux du système de santé afin de mieux le contrôler. C'est à ce titre que la droite lui reproche une certaine

« infantilisation » des professionnels de santé comme des patients. La droite s'appuie effectivement sur une responsabilisation plus grande des soignants, une plus grande liberté des patients.

Concernant les substances addictives, la politique française s'inscrit dans une perspective de santé publique destinée à prévenir l'usage des drogues licites ou illicites et à soigner les consommateurs dépendants. La prévention passe par des campagnes de prévention et la diffusion des connaissances sur les drogues auxquelles s'ajoutent des mesures limitant la publicité pour les drogues licites. La législation française vise aussi à contrôler l'accès aux produits en réglementant la production et la commercialisation des drogues licites et en sanctionnant pénalement la contrebande de drogues licites et le trafic de drogues illicites. Enfin, la législation française interdit l'usage et le commerce des produits classés stupéfiants conformément aux conventions internationales. Cette prohibition s'accompagne d'une politique de soins aux usagers dépendants, d'une politique de réduction des risques et de programmes de soins anonymes et gratuits pour les consommateurs dépendants.

# **POLITIQUES, REGLEMENTATIONS ET ATTITUDES DU PUBLIC RELATIVES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

---

A la fois social, économique, sanitaire, familial, moral et spirituel, le problème de la consommation de substances touche un grand nombre de personnes puisqu'il est directement et indirectement responsable d'intoxications, d'accidents, de décès, de vols, de violences, de crimes, de corruption... Aussi, étant donnée la dangerosité de ces produits, les gouvernements passés et présents mènent certes des campagnes de prévention mais ont également adopté des politiques pour lutter contre le trafic et la consommation. Ces politiques semblent être en réalité l'expression du point de vue dominant du pays au niveau moral, religieux, idéologique et philosophique au moment où les lois ont été créées (Jelsma, 2011). Ces lois ont considérablement évolué avec le temps : différentes dans chaque partie du monde, elles sont par ailleurs inégalement appliquées selon les Etats. L'action de chaque gouvernement face à ces substances est plus ou moins prohibitive mais, depuis quelques années, nombreux sont ceux qui défendent une approche qui serait plus préventive et moins punitive (Smith, Kleber, Katz, Houck, & Sabo, 2008). C'est le problème de l'acceptabilité des politiques mises en œuvre face aux drogues que nous allons étudier dans une première étude.

Actuellement deux politiques principales font débat : une école étiquetée « prohibition » s'oppose ainsi à une autre étiquetée « légalisation ». En réalité, ces options se conjuguent plus qu'elles ne s'opposent et Goode a ainsi pu mettre en évidence cinq positions politiques possibles face aux drogues et que nous détaillerons dans cette partie : *les conservateurs culturels, les libéralistes du libre échange, les légalisationnistes progressistes, les prohibitionnistes progressistes et les constructionnistes radicaux.*

Nous ferons tout d'abord ici un état des lieux en ce qui concerne les différents types de drogues et le phénomène de la dépendance. Nous verrons ensuite les

conséquences géo-économiques du trafic de drogues, puis la prohibition ainsi que ses alternatives. Nous détaillerons notamment les cinq options politiques proposées par Goode. Pour finir, nous recenserons les différents arguments utilisés classiquement par les partisans de la légalisation d'une part et par ceux de la prohibition d'autre part.

## SUBSTANCES ET DEPENDANCE : ETAT DES LIEUX

### Eclairage sur les termes : drogue, stupéfiant et psychotrope

Nous ne pouvons aborder la question de la consommation de substance sans donner au préalable quelques éléments de définition concernant les différents termes appartenant à ce champ lexical. Les notions sont abondantes pour décrire une réalité composite et des substances de nature très disparate, depuis les produits légaux que représentent le tabac ou l'alcool, jusqu'à la très large gamme de produit illicites actuellement sur le marché.

#### *Drogue*

L'étymologie du mot drogue reste assez imprécise et surtout controversée. Retenons cependant que pour la plupart des ouvrages modernes, le terme drogue provient du terme néerlandais « droog » qui signifie matière sèche (Pélicier & Thuillier, 1972). Ceci nous rappelle donc que la drogue fut à l'origine un ingrédient employé pour les préparations pharmaceutiques. En effet, au XVIII<sup>ème</sup> siècle, le terme désigne les matières premières mises en vente par les herboristes et les drogueries pour la fabrication des remèdes pharmaceutiques. D'origine animale ou végétale et employées à l'état brut ou non, elles possèdent un point commun : chacune de ces substances a des propriétés médicamenteuses. Ainsi, les drogues sont, au départ, plus proches de ce que l'on désigne aujourd'hui par le terme de médicament. C'est seulement plus tardivement, suite à une évolution progressive et une succession de glissements sémantiques, que le

sens nettement péjoratif associé au terme de drogue est apparu, entraînant ainsi des confusions. La notion de drogue définit, dans le sens commun, une substance néfaste et selon ce point de vue, ce mot est ainsi synonyme de *stupéfiant* (Manuila, Manuila, & Nicoulin, 1991 ; Richard, Senon & Valleur, 2004). Il se limiterait donc aux produits illégaux et c'est en ce sens qu'il est employé dans l'expression « trafic de drogues ». Ce glissement du sens du terme est attribué à la mise en place des législations internationales et à l'émergence d'un phénomène massif de toxicomanie. Dans cette vision legaliste, l'alcool ou le tabac ne seraient donc pas considérés comme des drogues à moins d'employer ce terme en l'associant au qualificatif *licite*.

En réalité, et comme le confirme les définitions des organismes publics que nous allons voir ensuite, les drogues ne correspondent pas uniquement aux produits illicites. Elles regroupent en effet l'ensemble des produits d'origine naturelle (tabac, cannabis, opium, cocaïne) ou synthétique (héroïne, LSD, médicaments) dont l'abus ou le mauvais usage peut entraîner des dangers pour la santé physique et mentale des consommateurs.

### *Psychotrope*

Le terme psychotrope signifie littéralement « *qui agit, qui donne une direction* » (trope) « *à l'esprit ou au comportement* » (psycho). Un psychotrope est donc une substance qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, un psychotrope induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales. Le terme psychotrope possède une seconde définition en droit pour désigner un ensemble de substances classées aux tableaux I, II, III ou IV de la Convention de 1971 de l'ONU. L'existence de ces deux définitions amène souvent une confusion dans l'usage du terme : tout le groupe pharmacologique est supposé soumis à réglementation alors que le terme juridique ne désigne qu'une petite partie de ces substances. Dans le langage courant, c'est le sens pharmacologique qui est prédominant. Le terme de psychotrope est ainsi plus généralement utilisé pour désigner l'ensemble des produits (sans distinction des produits légaux ou illégaux) ayant une action sur le système nerveux et l'état psychique des individus. D'une manière générale, un

psychotrope est donc une substance chimique qui agit sur le psychisme. Le terme désignerait donc à la fois les stupéfiants et les médicaments.

### *Stupéfiant*

Comme nous l'avons dit plus haut, malgré ce que l'on croit à tort, le mot *drogue* ne définit pas seulement les produits illégaux. Ces derniers peuvent en revanche être regroupés sous l'appellation *stupéfiant*. Ce terme d'origine pharmacologique (qui stupéfie) a subi un glissement de sens suite à son usage juridique pour ne conserver que celui-ci : il désigne ainsi les substances psychotropes illégales susceptibles d'engendrer une consommation problématique. Au niveau international, les stupéfiants figurent sur des listes annexées à des conventions des Nations Unies dont la France est signataire. En France, la réglementation actuelle reprend cette classification et liste les substances nécessitant une surveillance particulière. Cette liste est régulièrement mise à jour. Il existe ainsi actuellement plus de 170 plantes et substances stupéifiantes qui figurent sur une liste établie par un arrêté du Ministre de la santé.

## Définitions selon les organismes publics

L'usage de ces différents termes peut porter à confusion car ils relèvent d'une sémantique complexe. Nous allons retenir ici les définitions de différents organismes qui définissent la drogue comme étant un synonyme du terme scientifique « substance psychoactive », expression neutre et sans connotation juridique.

Ainsi, par un communiqué adopté le 28 novembre 2006, l'Académie de Médecine définit la drogue comme :

*« Une substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin. A un certain degré de ce besoin correspond un asservissement (une addiction) à la substance ; le drogué ou toxicomane concentre alors sur elle ses préoccupations, en négligeant les conséquences sanitaires et sociales de sa consommation compulsive. En aucun cas le mot drogue ne doit être utilisé au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active » (Delaveau, 2006, p 1832).*

En 2010, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé donne des drogues la définition suivante :

*« Les stupéfiants et les psychotropes sont des substances psychoactives pouvant, dans le cadre d'un usage détourné, faire l'objet de pharmacodépendance ou d'abus. La pharmacodépendance se caractérise par le désir obsessionnel de se procurer et de s'administrer une substance. L'abus de substances psychoactives se définit comme l'utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente ayant des conséquences préjudiciables sur la santé physique ou psychique. Plus précisément, un psychotrope est une substance chimique qui agit sur le système nerveux central en induisant des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur ou de la conscience. Les stupéfiants et les psychotropes sont notamment utilisés dans le traitement de la douleur, en anesthésie ou dans le traitement de l'anxiété ou de l'insomnie » (AFSSAPS, 2010).*

Dans les faits, ces définitions regroupent de nombreuses substances puisqu'aujourd'hui plusieurs centaines de drogues ont été recensées dans le monde et ce chiffre ne cesse d'augmenter. Nous pouvons considérer que le terme drogue (ou *produit*



*psychoactif* ou encore *substances psychoactives*) comprend donc à la fois les drogues licites et les drogues illicites. Les premières incluent les substances telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes (hypnotiques, anxiolytiques et les antidépresseurs). Les secondes regroupent les produits stupéfiants (sauf lorsqu'ils sont consommés dans un cadre thérapeutique) et certains produits non classés comme stupéfiants mais qui sont détournés de leur usage normal (colle, solvants, certains produits de synthèse, médicaments ...) de même que certaines activités compulsives (OFDT, 2005).

Le terme *drogue* sera utilisé tout au long de ce travail, et dans son acception la plus large, c'est-à-dire désignant tous les produits modifiant l'humeur, incluant les stupéfiants tels que la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy, mais aussi les substances licites telles que l'alcool, certains neuroleptiques et analgésiques, la caféine, la nicotine, etc.

## Typologie des substances psychoactives

Depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle de nombreuses tentatives se sont succédées pour proposer une classification complète et exhaustive des produits psychoactifs. Les gouvernements créent et font évoluer ces classifications afin de répondre aux besoins de leur politique. Ainsi, il s'agit non seulement de guider les mesures prises à l'encontre des citoyens qui enfreignent la loi, mais également de définir au mieux les priorités et les objectifs des mesures de prévention. Certes ces classifications sont basées officiellement sur des critères scientifiques mais elles restent cependant sous influence politique. En effet, elles sont directement commandées par les gouvernements et, par ailleurs, sont dépendantes des opinions individuelles des personnes qui les proposent. Enfin, ces classifications n'ont qu'un sens limité dans le temps puisqu'elles doivent être en accord avec les valeurs et les opinions du public au moment où elles sont publiées (Kalant, 2009). Celles-ci sont donc sans cesse en évolution étant donné que de nouvelles drogues apparaissent, que la popularité de certains produits change ainsi que leur mode de consommation. Au delà de la nécessité de réactualiser régulièrement les travaux de classification, trois typologies complémentaires sont couramment employées pour décrire les différentes substances présentes sur le marché. Ainsi, les drogues peuvent

être abordées selon un point de vue médical suivant leurs effets psychotropes ; selon un point de vue sanitaire et social suivant les risques liés à leur usage ; ou selon un point de vue juridique en rapport avec leur nocivité relative. Voyons brièvement ces trois modèles de classification afin d'avoir, par la suite, une compréhension plus fine des éléments qui sous tendent les positions politiques adoptées par les Etats.

### *Classifications médicales*

Effectuées à partir d'observations cliniques, les classifications médicales ont essentiellement une visée thérapeutique. Elles ont ainsi évolué avec les progrès de la médecine et notamment ceux de la neuropsychologie. Après la classification de Lewin en 1924 et celle de Delay et Deniker en 1957, Pelicier et Thuillier ont mis en place en 1991, un modèle plus moderne qui s'appuie sur les données précédemment citées. Selon eux, les drogues se répartissent de la façon suivante :

- ✦ **Les dépresseurs du système nerveux central** : alcool, hypnotiques (barbituriques), tranquillisants (benzodiazépines), neuroleptiques, analgésiques (opiacés, morphine, héroïne, produits de synthèse)
- ✦ **Les stimulants** : mineurs (café, nicotine), majeurs (amphétamines, anorexigènes, cocaïne), stimulants de l'humeur ou antidépresseurs
- ✦ **Les perturbateurs** : chanvre indien, solvants (éther, colles), hallucinogènes (LSD, mescaline, psilocybine, etc.).

(Healy, 2004.)

Nous pouvons également citer la classification de Peters publiée la même année (Peters, 1991), qui, elle, distingue quatre classes de produits :

- ✦ **Les psychostimulants**, qui accélèrent le fonctionnement du système nerveux ;
- ✦ **Les psychédéliques**, qui perturbent le fonctionnement du système nerveux ;
- ✦ **Les psychosédatifs**, qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux ;
- ✦ **Les antidépresseurs**, qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux après une phase d'excitation.

## *Classifications sanitaires et sociales*

Les classifications sanitaires et sociales s'intéressent plus à la dangerosité des drogues et tentent d'apprécier l'ensemble des risques liés à leur usage et leur abus. Elles cherchent notamment à évaluer le pouvoir « toxicomanogène » de chaque produit, c'est-à-dire celui d'induire une dépendance et une tolérance. Selon cette classification, il convient de s'intéresser non seulement au potentiel addictif de chacune de ces drogues mais également à leur nocivité propre (Van Amsterdam, Opperhuizen, Koeter & Van den Brink, 2010). Voyons les exemples principaux de classifications sanitaires et sociales et plus particulièrement la classification issue de la Commission Roques, qui rejette la distinction opérée par la loi française actuelle entre drogues licites et drogues illicites.

### ♦ **Classification de l'OMS (1971) :**

L'Organisation Mondiale de la Santé présente en 1971 une classification des substances psychotropes suivant leur aptitude à engendrer une dépendance psychique, une dépendance physique et une tolérance. Pour chaque produit ces trois critères sont définis. L'évaluation reste toutefois imprécise notamment au niveau des termes utilisés. De plus, la liste des drogues prises en compte est incomplète puisque le tabac et les tranquillisants en sont absents (Berridge & Mars, 2004). A titre d'exemple, d'après la classification de l'OMS, la cocaïne n'entraîne aucune dépendance physique, une dépendance psychique modérée à marquée et aucune tolérance possible. Le cannabis entraîne lui, une dépendance psychique moyenne à modérée, une dépendance physique minimale et une tolérance possible à forte dose.

### ♦ **Classification du Rapport Pelletier (1978) :**

Proposée par Pelletier, cette classification perfectionne celle de l'OMS. Elle possède des critères de classement similaires mais plus précis et s'applique à l'ensemble des drogues juridiquement contrôlées. Les degrés du pouvoir toxicomanogène sont ainsi évalués de 0 à 4 permettant un classement des produits selon ce pouvoir (Pelletier, 1978). Par exemple, la cocaïne entraîne une dépendance psychique égale à 4, une dépendance physique égale à 0 et une tolérance égale à 4. Le cannabis, lui, entraîne une dépendance psychique égale à 1, une dépendance physique et une tolérance égales à 0.

### ◆ **Classification du Rapport Roques (1998) :**

Ce rapport, commandé par le Secrétaire d'Etat à la Santé, Kouchner, a fortement alimenté le débat public en faveur de la légalisation du cannabis. Intitulé « *Problèmes posés par la dangerosité des drogues* », il établit une classification des produits selon leur degré de dangerosité. Ses conclusions renversent les idées reçues et remettent en cause la différenciation communément admise entre drogues licites et drogues illicites. Il propose plutôt d'établir trois groupes de substances susceptibles d'entraîner des effets plus ou moins accentués de dépendance psychique. Partant des propriétés pharmacologiques des produits, Roques présente une approche globale, considérant à la fois les problèmes médicaux et les risques sociaux (difficulté d'accès aux soins, marginalisation, criminalité) liés à la consommation de drogues. Les critères de classification retenus sont nombreux. On y trouve ainsi l'activation des circuits dopaminergiques de « récompense », la dépendance physique et psychique, la neurotoxicité, la dangerosité sociale... (Roques, 1998). Dans un ordre décroissant de dangerosité, ce rapport distingue les trois groupes suivants : premier groupe : l'héroïne et les autres opiacés, l'alcool ; deuxième groupe : les psychostimulants, les hallucinogènes, le tabac et les benzodiazépines ; troisième groupe : le cannabis. Le comité d'experts, ayant travaillé sur ce rapport, souligne que le cannabis qui appartient aux drogues illicites, est bien plus anodin que l'alcool et le tabac qui seraient proches de l'héroïne en matière de dangerosité, et feraient donc partie des produits les plus toxiques. Aujourd'hui, ce rapport a été étayé par ceux d'autres comités scientifiques mais également par plusieurs études internationales. Toutefois, en dépit de ces considérations, la lutte contre le cannabis est poursuivie en France comme dans beaucoup d'autres pays. En réalité, et comme nous le verrons par la suite, il semblerait que cet aspect juridique relève en fin de compte davantage de la politique que de la science ou de la médecine.

### *Classification juridique*

Le point de vue juridique international reprend principalement les règles de classification fixées par les trois conventions de 1961, 1971 et 1988 sur le contrôle des drogues. Ces substances contrôlées par les conventions internationales font partie des

*substances vénéneuses* réglementées par le Code de la Santé Publique. Elles sont classées en quatre catégories en fonction de leur toxicité et de leur dangerosité :

- ✦ **Les substances stupéfiantes** (morphine, cocaïne, héroïne, cannabis, etc.) sont les plus toxiques et sont sévèrement réglementées.
- ✦ **Les substances psychotropes** (médicaments, antidépresseurs, tranquillisants, hypnotiques, etc.)
- ✦ **Les médicaments** « inscrits sur les listes I et II » sont définis par le Code de la Santé Publique. Cette catégorie regroupe environ 1500 médicaments délivrés seulement sur ordonnance pour une durée maximum de 12 mois.
- ✦ **Les substances dangereuses** (éther, acides, etc.) qui sont destinées au commerce, à l'industrie ou à l'agriculture.

Ces classifications juridiques ont toujours été clairement influencées par les intérêts publics et privés des différents pays producteurs ou consommateurs. Par ailleurs, elles se sont basées au départ sur un critère majeur : la valeur thérapeutique des substances. Concernant les applications thérapeutiques cannabis, substance qui fait l'objet de débats aujourd'hui, il n'existe que quelques rapports anecdotiques et de rares études avec un nombre peu élevé de patients (voir plus bas). Les études contrôlées sur de larges échantillonnages manquent, pour évaluer sérieusement la valeur thérapeutique de cette substance et d'autant plus à cause des obstacles d'ordre politique, économique, religieux et éthique auxquels doivent faire face les chercheurs (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1994).

Une distinction des produits selon leur statut légal a été créée grâce à ces classifications juridiques. Les drogues qualifiées de licites sont les substances psychotropes dont la consommation et la vente ne sont pas interdites par la loi d'un pays. Par drogue licite, on désigne en général l'alcool, le tabac, le café, les médicaments psychotropes ou les solvants organiques et même parfois plus exceptionnellement des produits comme le chocolat susceptible d'entraîner une dépendance (OFDT, 2005). A l'inverse, une drogue illicite est une drogue dont la consommation et la vente sont interdites par la loi. Le caractère illicite de certaines drogues varie donc d'une législation et d'un Etat à l'autre. Le cannabis, par exemple, est illicite en France mais autorisé sous réglementation stricte à la vente et à la consommation chez nos voisins néerlandais (Roques, 1998). Les écarts entre ces différentes classifications nous

permettent de commencer à entrevoir les enjeux relatifs aux législations des drogues. Nous comprenons par ailleurs, que la distinction, drogues illicites et drogues licites, introduite ci-dessus, ne saurait induire en aucune manière une distinction de fait entre drogue dangereuse et drogue inoffensive. Contrairement à ce qui est communément admis, une drogue licite peut en effet être tout aussi dangereuse qu'une drogue illicite.

### *Drogues dures et drogues douces*

Parallèlement à l'opposition drogues licites et drogues illicites, il existe une autre dichotomie très souvent employée par le langage courant : la distinction entre drogues dures et drogues douces. Ces termes sont apparus au début des années 60, lors de la mise en place des réglementations internationales concernant les stupéfiants. Ils ont donc un sens directement lié aux lois de l'époque et qui ne concernaient donc que les dérivés morphiniques, cocaïniques et cannabiques. Selon cette classification binaire, une approximation définirait ainsi les drogues dures comme celles qui créent une dépendance physique (héroïne, autres opiacés, barbituriques, alcool) ou une dépendance psychique très rapide (crack) ou qui présentent un danger psychique (LSD, ecstasy, etc.). A l'inverse, le terme de drogue douce désignerait presque exclusivement le cannabis, celui-ci induisant une dépendance mentale très faible et un risque de décès par surdose nul. Au delà de ce sens historique aujourd'hui un peu dépassé, une autre interprétation de cette classification plus actuelle peut être proposée. Les drogues douces seraient ainsi celles dont l'usage s'est plus ou moins banalisé et donc qui n'effraient pas comme l'alcool, le tabac et le cannabis, et même la cocaïne dans certains milieux, les autres drogues étant classées comme dures. Certains pays comme les Pays-Bas font en effet une distinction similaire, sans parler de drogues dures ou douces, en distinguant les *drogues à risques acceptables* et les *drogues à risques inacceptables*. L'appellation drogue douce reste contestée par certains, dans la mesure où il serait possible de faire un usage « dur » d'un produit habituellement qualifié de drogue douce et de voir apparaître une vraie dépendance. De même certaines drogues dures peuvent être consommées sur un mode récréatif et très exceptionnel qui pourrait, selon certains, être qualifié d'usage « doux » (Couteron, 2001).

Le débat existe encore aujourd'hui et ainsi, certains affirment qu'il n'existe pas de continuum entre le cannabis et les drogues dures. A l'opposé, d'autres mettent en évidence les effets nocifs du cannabis sur le système nerveux central en soulignant par exemple le lien existant entre la consommation de cannabis et les risques de développer des problèmes psychiatriques comme par exemple une schizophrénie (Nahas, 1992).

## Nouveaux usages et rôle social des substances psychoactives

A l'instar des paradigmes traditionnels tels que la religion, notre société repose aujourd'hui sur de nouvelles valeurs et de nouvelles exigences au centre desquelles apparaît l'individualisme. Chaque citoyen doit répondre à des exigences de productivité, d'adaptation afin de trouver par lui-même sa place dans la société. Dans le cas contraire, il fera alors l'objet de sanctions sociales graves (Ehrenberg, 2000 ; Becker, 1985). Si une sanction telle que l'exclusion sociale est constatée, les responsabilités institutionnelles et communautaires sont transférées vers la personne elle-même. Ainsi, la responsabilité individuelle du sujet dit « déviant » est aujourd'hui pleinement engagée.

Il est important de comprendre le nouveau contexte social dans lequel les individus évoluent car il permet de mieux appréhender les raisons pour lesquelles ils peuvent avoir recours aux psychotropes. Aujourd'hui, l'usage de ces substances s'inscrit directement dans l'insertion sociale de l'individu puisque c'est un moyen de maintenir les performances et de mieux contrôler les tensions. Parmi elles, nous pouvons notamment citer la dépression que certains auteurs considèrent comme la plus grande pathologie de notre société (Ehrenberg, 2000) et ainsi le recours aux drogues pourrait être comparé à un simple dopage qui permettrait de rester dans la compétition imposée par le monde actuel. Van Caloen (2004) classe ainsi les psychotropes en trois catégories selon le rôle social qu'ils remplissent.

- ✦ La consommation ainsi peut avoir pour fonction de soutenir directement l'individu dans son insertion sociale à des moments précis où les exigences sont maximales (augmenter les performances sportives, sexuelles, atténuer les émotions liées au stress, diminuer la sensation de fatigue...).

- ✦ La consommation peut avoir également pour fonction de minimiser les effets négatifs des efforts menés pour remplir son rôle social (prise de somnifères ou d'anxiolytiques). Il s'agit ici de pouvoir se retirer temporairement pour mieux résister aux exigences et aux pressions. La consommation est alors un soutien qui favorise le confort personnel. L'usage dit « récréatif » des psychotropes rentre dans cette catégorie.
- ✦ Enfin, la consommation peut favoriser la désocialisation de l'individu : ce retrait social choisi ou subi manifeste la difficulté, voire l'incapacité, des personnes à soutenir les exigences sociales dont ils font l'objet. Ce dernier niveau génère la plupart du temps une perte de contrôle de l'individu sur sa consommation : ce sont ceux que la société désigne par le terme de « toxicomanes » (Van Caolen, 2004).

## Disparités épidémiologiques

Avec les nouvelles exigences sociales, depuis quelques dizaines d'années les frontières entre drogues et produits stimulants (café, antidépresseurs, vitamines) s'estompent. Par ailleurs, si avant les années 60, la consommation se limitait surtout aux milieux scientifiques et artistiques, elle s'est étendue, depuis cette date, au reste de la société. Ce phénomène engendre ainsi une forte croissance de la consommation dans certains pays. En outre, la mondialisation a favorisé une densification du trafic international et avec elle, on assiste à une diversification toujours plus importante des drogues existantes sur le marché. La communication des données sur les tendances de la consommation, de la production et du trafic de drogues illicites reste bien entendu difficile à enregistrer précisément. Le problème est particulièrement aigu dans certaines régions où les données relatives à la prévalence et aux tendances de la consommation illicite de drogues restent vagues, dans le meilleur des cas.

### *Epidémiologie dans le monde*

Le tabac est une drogue licite qui conserve cependant la seconde place en terme de cause de décès dans le monde. Ces dernières années, il faut noter tout particulièrement qu'il est en nette progression dans les pays comme l'Inde ou la Chine,



où, plus de 75% des hommes fument simplement par respect des codes sociaux. L'alcool contribue à la morbidité, plus que tout autre facteur de risque, dans les pays en développement et il est le troisième facteur de risque, après l'hypertension artérielle et le tabac, dans les pays développés.

On estime qu'environ 230 millions de personnes, soit 5% de la population adulte mondiale, ont consommé une drogue illicite au moins une fois en 2010. On dénombre environ 27 millions d'usagers problématiques de drogues, ce qui représente 0,6% de la population adulte mondiale. D'une manière générale, la consommation de drogues illicites est stable dans le monde, bien qu'elle continue d'augmenter dans plusieurs pays en développement. L'héroïne, la cocaïne et les autres drogues tuent environ 200 000 personnes chaque année (United Nations : Office on Drugs and Crime, 2007, 2012). Ces personnes consomment dans l'ordre : du cannabis, des stimulants tels que les amphétamines, de la cocaïne et des opiacés (Lambropoulou, 2003).

Entre 2005 et 2010, la consommation illicite de drogues dans le monde est restée stable, à un taux compris entre 3,4 et 6,6% de la population adulte (personnes de 15 à 64 ans). Cependant, entre 10 et 13% des consommateurs restent des usagers problématiques qui présentent une dépendance aux drogues et/ou des troubles liés à l'usage de drogues. Enfin, environ 1 décès sur 100 est attribué à la consommation illicite de drogues. À l'échelle mondiale, les deux drogues illicites les plus consommées restent le cannabis (prévalence annuelle comprise entre 2,6 et 5%) et les stimulants de type amphétamine, exception faite de l'ecstasy (entre 0,3 et 1,2%), mais les données relatives à la production de ces substances sont rares. La production de coca et la culture du cocaïer sont globalement stables et la production d'opium a retrouvé un niveau comparable à celui de 2009. La prévalence annuelle mondiale de la consommation de cocaïne et d'opiacés (opium et héroïne) est restée stable, les taux respectifs étant compris entre 0,3 et 0,4% et 0,3 et 0,5% de la population adulte (Office contre la Drogue et le Crime, 2012).

### *Epidémiologie en Europe*

A l'inverse de la Chine ou de l'Inde, un net déclin du tabac est constaté dans la grande majorité des pays européens. En revanche, concernant l'alcool, l'Europe est, de

toutes les régions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), celle où la consommation est la plus élevée puisqu'elle se chiffre par habitant à plus du double de la quantité consommée au niveau mondial (Rekve & Negru, 2005).

Le rapport annuel de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies de 2007 révèle que 74 millions d'Européens ont déjà fumé du cannabis, soit 22,1% de la population. Même si cette drogue demeure la substance illicite la plus couramment consommée en Europe, ce rapport indique également que la consommation de drogues dures telles que la cocaïne s'est considérablement accrue ces dernières années. En effet, selon cette étude, 12 millions d'Européens (3% de l'ensemble de la population adulte) ont consommé au moins une fois dans leur vie de la cocaïne. De même, 12 millions ont déjà consommé des amphétamines, 10 millions de l'ecstasy et enfin plus de 13 millions ont déjà consommé de l'héroïne, soit près de 4% de la population (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). Ce sont les opioïdes qui restent le principal type de drogue donnant lieu à des demandes de traitement en Europe (UDC, 2012).

### *Epidémiologie en France*

Pour tous les types d'usage, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées en France. Bien qu'il soit difficile de faire une distinction entre usage thérapeutique et non thérapeutique, les médicaments psychotropes sont en troisième position. Parmi les substances illicites, le cannabis est de loin la substance psychoactive la plus consommée. Il l'est dix fois plus que la cocaïne ou l'ecstasy et 30 fois plus que l'héroïne.

Depuis une dizaine d'années, l'INPES et l'OFDT mesurent les niveaux de diffusion et d'usage des produits psychoactifs grâce à des enquêtes en population générale. Conduites auprès de l'ensemble de la population, elles permettent de décrire la diversité de ces pratiques, d'évaluer les liens avec d'autres facteurs et de mener ensuite des analyses de ces consommations à des niveaux départementaux ou régionaux. Leur répétition régulière dans le temps en fait également un instrument du suivi des évolutions des comportements de consommation des différentes substances psychoactives (Legleye, Spilka, Le Nézet & Laffiteau, 2009, Legleye, Spilka, Le Nézet,

Hassler & Choquet 2009 ; Beck & Cytrynowicz, 2006). Dans le cadre de ces enquêtes, on s'intéresse à différents niveaux de consommation :

- ✦ **L'expérimentation** : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).
- ✦ **L'usage dans l'année ou usage actuel** : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.
- ✦ **L'usage régulier** : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois ou d'au moins 120 fois au cours de l'année.

Les résultats du Baromètre Santé 2010 sont décrits dans le *tableau 1*.

NB : le nombre d'individus de 11-75 ans en 2009 (date de mise à jour du recensement) est d'environ 49 millions.

*Tableau 1 :*

*Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans*

	<b>Expérimentateurs</b>	<b>dont usagers dans l'année</b>	<b>dont réguliers</b>	<b>dont quotidiens</b>
<b>Alcool</b>	44,4 M	41,3 M	8,8 M	5,0 M
<b>Tabac</b>	35,5 M	15,8 M	13,4 M	13,4 M
<b>Médec. psychotropes</b>	15,1 M	8,7 M	/	/
<b>Cannabis</b>	13,4 M	3,8 M	1,1 M	500 000
<b>Cocaïne</b>	1,5 M	400 000	/	/
<b>Ecstasy</b>	1,1 M	15 000	/	/
<b>Héroïne</b>	500 000	/	/	/

/ : non disponible

(Beck, Guignard, Richard, Tovar., & Spilka, 2011).

## De l'usage à la dépendance

La consommation des substances psychoactives a pour effet immédiat de modifier les perceptions, l'humeur et le comportement. Ces effets varient, bien sûr, selon les substances, les quantités, la fréquence et la durée des consommations et sont aussi modulés par des facteurs individuels tels que l'âge, la corpulence ou le sexe. La consommation régulière peut avoir un retentissement sur les activités, les relations et la vie personnelle et elle peut conduire à la dépendance quand la personne ne peut plus se passer du produit sans ressentir un manque d'ordre physique et/ou psychique. Sujet d'actualité, la dépendance fait l'objet de nombreux débats de société. Elle peut aller d'une simple habitude, à des dépendances impliquant un potentiel de destruction physique et mentale. Elle peut porter sur des substances (médicaments, drogues, etc.) ou des comportements (travail, internet, jeux, etc.). Quand il s'agit de dépendance à une substance, les experts recommandent de parler de *pharmacodépendance*, terme qui désigne l'instauration d'une dépendance psychique ou physique à une drogue, et induisant des effets nocifs pour l'individu et la collectivité (OFDT, 2002). La consommation de drogues est un phénomène dynamique, les utilisateurs essayant diverses combinaisons de produits et même parfois des mélanges de substances licites et illicites, ainsi que divers modes de consommation. La *poly-consommation* de drogues, c'est-à-dire l'utilisation de diverses substances simultanément ou successivement, serait en hausse dans de nombreux pays. Bien que la combinaison la plus fréquente consiste à associer l'alcool à diverses substances, des combinaisons telles que le *speedball*, un mélange de cocaïne et d'héroïne, sont également très répandues. Des niveaux élevés de consommation à des fins non médicales de médicaments délivrés sur ordonnance sont signalés dans de nombreux pays et l'utilisation non médicale des opioïdes de prescription est particulièrement problématique.

La communauté scientifique internationale, suivant en cela l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Association Américaine de Psychiatrie, s'accorde aujourd'hui pour reconnaître trois comportements distincts de consommation de substances psychoactives : *l'usage*, *l'usage nocif* et *la dépendance* (OFDT, 1999 ; WHO, 2008). Le recours à cette triple approche descriptive permet de construire des politiques préventives et soignantes en adéquation avec les besoins des populations cible et de

mettre en place des politiques culturelles, réglementaires et législatives en fonction de la diversité des phénomènes observés. Les comportements de dépendance et d'usage nocif sont les deux catégories les plus validées et leurs critères de définition font l'objet d'un vaste consensus international.

N.B. : Notons qu'étant données les représentations sociales négatives dont il fait l'objet et son appropriation par les médias, le concept de *toxicomanie* tend, quant à lui, à disparaître de la littérature. De ce fait, nous lui préférons dans ce travail, celui d'addiction ou de dépendance.

## *Usage*

L'usage est défini comme une consommation n'entraînant ni complication ni dommage. Il s'agit souvent d'une consommation ludique ou conviviale, pour se divertir, passer un bon moment, par effet de mode, pour se donner de l'énergie ou par simple curiosité. L'usage correspond à l'expérimentation d'adolescents ou de jeunes adultes et c'est aussi ce qui caractérise la majorité des consommateurs d'alcool (OFDT, 2005). Cette consommation peut varier en intensité. Elle peut être expérimentale, occasionnelle ou même parfois régulière. Cependant, cette conception d'un niveau d'usage sans danger est loin d'être partagée par tous, et fait l'objet d'une forte controverse scientifique, politique et culturelle bien qu'un grand nombre de données cliniques semblent valider cette hypothèse. Une telle définition signifierait que l'usage ne saurait être considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins, (alors que l'abus et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale). Le caractère illicite de la substance consommée ne saurait être pris comme critère de pathologie. Toutefois, il engendre les seules complications de ce type d'usage qui sont alors d'ordre pénal ou social.

Comme nous allons le développer dans le chapitre suivant, selon la théorie de l'escalade (*Stepping-stone theory*), un tel usage conduirait progressivement vers une consommation toujours plus importante et donc beaucoup plus grave. En outre, la prise de drogue, même occasionnelle, pourrait engendrer d'autres problèmes puisque selon la théorie de la porte d'entrée (*gateway theory*), c'est elle qui met le consommateur au

contact de la délinquance, du vol ou de la prostitution qui seraient des problèmes typiquement liés à la consommation de produits.

### *Usage nocif*

Après l'usage simple que nous venons de décrire, il existe l'usage nocif appelé aussi l'abus. Les définitions les plus communément acceptées pour ces notions sont celle de l'Association Américaine de Psychiatrie reprise dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10). L'usage nocif est ainsi caractérisé par une consommation de substances psychoactives susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même soit pour son environnement, les autres, la société, mais ne fait pas référence au caractère licite ou illicite du produit. Par leur définition, les concepts d'usage nocif et d'abus impliquent un comportement au caractère répétitif qui n'existe pas dans le cadre de l'usage simple (OFDT, 2005).

### *Dépendance*

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement habituel du sujet. Violente ou graduelle selon les produits, la dépendance est installée quand on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. La vie quotidienne tourne alors largement ou même exclusivement autour de la recherche et de la prise du produit : on est alors (pharmaco)dépendant.

La définition de la dépendance établie par le DSM-IV, en 1994, intègre des données d'ordre biologique et d'ordre psychologique mais aussi des critères de comportement social. Ce comportement psychopathologique va bien au-delà de la simple dépendance physique. Le DSM-IV précise par ailleurs que la dépendance physique n'est pas indispensable pour parler de dépendance aux substances psychoactives. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir

compulsif du produit, la difficulté à contrôler sa propre consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur (American Psychiatric Association, 1994). Nous pouvons lui adjoindre ici un autre terme équivalent et relativement ancien : celui d'*addiction* qui a fait une apparition récente dans l'univers médical par la définition de Goodman en 1990. Pour lui, il s'agit d'un comportement qui a pour but de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur. Malgré les éventuelles tentatives du sujet, ce comportement reste incontrôlable en dépit de ses conséquences négatives.

Comme nous allons le voir plus précisément maintenant, le DSM-IV définit la dépendance comme un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

- A. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir l'effet désiré ; ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- B. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou, la même substance est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- C. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
- D. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- E. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- F. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- G. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance (American Psychiatric Association, 1994).

Si les définitions de la dépendance font l'objet d'un large consensus scientifique, pour beaucoup, aujourd'hui, la question est finalement de savoir si les personnes qualifiées de dépendantes sont encore capables de choix raisonnés leur permettant de rester intégrées à la société. Certains pensent que le manque d'autonomie et l'absence de liberté des consommateurs face à la substance constituent un argument de poids contre la légalisation. Pour d'autres, il semblerait que le comportement addictif ne soit pas réellement une compulsion ingérable mais relève au moins en partie d'une décision volontaire (Foddy & Savulescu, 2006).

### *Stepping-stone theory, Gateway theory et modèle du facteur commun*

La *stepping-stone theory* et la *gateway theory* que nous avons évoquées plus haut font l'objet de nombreuses polémiques depuis un certain nombre d'années maintenant. Même si elles sont abordées avec la rigueur scientifique requise, elles nécessitent, pour les chercheurs, de travailler tout en évitant la prise de position idéologique, ce qui reste assez rare hélas quand il s'agit de ce thème de recherche. En effet, ces deux théories sont des arguments potentiels de poids en ce qui concerne la législation et la politique des drogues. De manière succincte, nous pouvons résumer les choses de la sorte : la « théorie de l'escalade » (*Stepping-stone theory*) stipule que la consommation d'un produit psychotrope entraînerait une consommation vers des produits plus nocifs. La « théorie de la porte d'entrée » (*gateway theory*) avance, elle, que le fait de rechercher un produit interdit pousserait à fréquenter des milieux marginaux conduisant vers des drogues plus nocives et des problèmes tels que la délinquance ou la prostitution.

Elles reposent principalement sur une base empirique puisque d'une part, à l'adolescence, le tabac est souvent la première drogue utilisée (Li, 2003), et d'autre part, les plus gros consommateurs de drogues ont commencé en grande majorité avec des substances moins nocives. Ces observations ont mené vers la conclusion selon laquelle il existerait une escalade de l'alcool ou du tabac vers les drogues dures telles que l'héroïne ou la cocaïne (Kandel, Yamaguchi & Klein, 2006 ; Bretteville-Jensen, Melberg, & Jones, 2008). De même, parce que la consommation de cannabis précède souvent l'utilisation d'autres substances psychoactives, il a été caractérisé comme une



« porte d'entrée » vers ces autres substances. Plus précisément encore, la consommation de cannabis est considérée par certains comme une seconde porte (après le tabac) à l'utilisation ultérieure d'autres drogues illicites (Fergusson & Horwood, 2000; Fergusson, Boden & Horwood, 2006.). La *théorie de l'escalade* a été réactualisée récemment avec l'idée d'une passerelle inverse selon laquelle la consommation de cannabis précéderait l'utilisation du tabac (Patton & al., 2005 Clough, 2005; Viveros Marco & File, 2006). Cette théorie est bien sûr défendue en priorité par les partisans de la prohibition qui prônent une interdiction ferme et une répression plus stricte afin d'enrayer cette éventuelle escalade. La *théorie de la porte d'entrée* est soutenue par les défenseurs de la prohibition pour les mêmes raisons. Elle est toutefois également soutenue par les partisans de la légalisation, puisque selon ces derniers, une dépénalisation permettrait de contrôler la vente du produit et de faire cesser le marché noir qui pourrait être la véritable source de marginalisation : en rendant illégale la consommation de drogues douces comme le cannabis, on obligerait les consommateurs à s'approvisionner sur le marché clandestin, ce qui les expose à une foule de drogues illicites différentes potentiellement plus dangereuses que le cannabis (Zelvin, Barber, Coleman, & Guy, 2002).

Ces théories sont régulièrement étudiées par les chercheurs et ont été une source de débat récent et animé (par exemple, Anthony, 2002; Kandel & al., 2006; Kenkel & Mathios, 2002; Lynskey, 2002; MacCoun, 2006). Ainsi, il existe un consensus sur l'occurrence de l'utilisation de diverses substances avec globalement une séquence qui débute par des drogues dites douces comme l'alcool, le tabac et le cannabis suivies ensuite par des drogues plus nocives. En revanche, tous ne s'accordent pas sur la manière dont ces phénomènes peuvent être expliqués. *Un modèle de facteur commun* a été postulé (Morrall McCaffrey & Paddock, 2002) et remet en cause les deux théories précédentes. Ce modèle stipule entre autres qu'il existerait une certaine propension d'un individu à s'associer avec d'autres consommateurs de drogues (Lynksey & al., 1998). Ce même modèle suggère également l'existence d'une vulnérabilité génétique commune qui sous-tendrait la consommation de substances (Lynskey, 2002, Ding, Chang, & Southerland, 2009). La question centrale pourrait être finalement de savoir si la consommation de tabac ou de cannabis constitue un déclencheur pour une utilisation ultérieure d'autres drogues, ou bien est le résultat de l'existence de facteur commun

(probablement génétique) entre les consommateurs (Cleveland & Wiebe, 2008). Pour le moment, nous manquons d'études longitudinales conséquentes pour valider l'une ou l'autre de ces hypothèses (Hall & Lynskey, 2005). En réalité, le phénomène est complexe puisque plusieurs mécanismes pourraient être responsables de cette association forte entre les différentes drogues. Agrawal et Lynskey (2009) ont récemment suggéré, suite à une étude longitudinale à grande échelle, que la voie d'administration des substances partagée par le tabac et le cannabis pourrait expliquer l'association entre les deux produits. Des facteurs de risques environnementaux et sociaux, y compris les normes culturelles, peuvent aussi expliquer au moins une partie des associations existantes entre les drogues (Ellickson Tucker, Klein & Saner, 2004; Golub, Johnson & Dunlap, 2005; Wagner, Velasco-Mondragon, Herrera-Vazquez, Borges, Lazcano-Ponce, 2005). Par conséquent, l'avancement d'une compréhension dans ce domaine nécessitera des rapports de plusieurs études pour évaluer la convergence entre les ensembles de données (Huizink, Levälahti, Korhonen, Dick, Pulkkinen, Rose & Kaprio, 2010).

## Conséquences physiques, psychologiques et sociales

### *Effets de la dépendance*

Les effets des drogues diffèrent bien sûr selon le produit, son mode et sa fréquence de consommation. Notons par ailleurs, que les effets des drogues sont souvent combinés puisqu'il existe parmi les consommateurs de drogue, un pourcentage très élevé de poly-consommateurs cumulant l'usage de différents types de substances (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, 2003). Nous allons énumérer de manière globale l'ensemble des conséquences possibles de l'abus de substances tout en sachant malgré tout que chaque drogue a ses effets propres.

La substance consommée présente tout d'abord des effets immédiats sur le psychisme qui sont en général les effets recherchés par les consommateurs. Elle a également des effets secondaires rapides et d'autres à plus long terme souvent très néfastes. Enfin, les problèmes d'abus ou de dépendance s'accompagnent de pathologies

liées directement ou indirectement au mode de consommation (cancer, cirrhose, sida, hépatite C, traumatismes, etc.) ainsi que des pathologies d'ordre social à distinguer des effets directs de l'addiction. Enfin, la grande majorité des substances dont il est question présentent un risque de surdose mortelle communément appelé *overdose*.

D'un point de vue psychique, les substances présentent tout d'abord des effets agréables qui, comme nous venons de le dire, sont la plupart du temps ceux recherchés par le consommateur :

- ✦ **Les dépresseurs, les sédatifs et les tranquillisants** permettent de se détendre, de calmer son anxiété et d'induire le sommeil.
- ✦ **Les opiacés**, également dénommés analgésiques narcotiques, induisent des sensations d'euphorie (bonheur et somnolence). C'est le cas de la morphine, de l'héroïne et de la méthadone.
- ✦ **Les stimulants** permettent de se sentir plus éveillé, alerte, énergique et confiant. Il s'agit principalement de la cocaïne et des amphétamines.
- ✦ **Les hallucinogènes** provoquent des hallucinations. Ce sont par exemple le LSD (Diéthylamide de l'acide lysergique) et les champignons hallucinogènes.

A court terme, plusieurs de ces drogues peuvent provoquer également des effets secondaires désagréables tels que de la confusion, de l'angoisse ou des troubles mentaux que les initiés appellent communément les *bad trips*. À plus long terme, l'abus des drogues peut engendrer des modifications plus ou moins graves de la personnalité, des problèmes d'apprentissage, des pertes de mémoire, des troubles de l'attention et du jugement et même des troubles de la santé mentale.

Outre ces effets psychotropes, la dépendance à une substance a également de nombreux effets physiques liés au produit lui-même tels que des pathologies cardiovasculaires, des troubles de la coordination physique, des déformations de la perception sensorielle.

D'autres problèmes non moins graves liés au mode de consommation peuvent également apparaître comme les thromboses veineuses, l'infection par le VIH, les hépatites et les infections bactériennes. Une étude récente semble montrer que le nombre d'infections au VIH et à l'hépatite C aurait globalement augmenté chez les consommateurs de drogues. Aujourd'hui, on sait que l'hépatite C est dix fois plus

transmissible par seringues que le VIH. Les efforts actuels de prévention semblent retarder les infections mais ne les empêchent pas réellement (Wiley, 2011).

A ces pathologies liées à l'usage se surajoutent également des pathologies d'ordre social : les conditions d'existence précaires, un fort taux d'échec scolaire, la marginalisation, un style de vie avec prise de risques et problèmes psychiatriques (accidents, suicides). A titre d'exemple, parmi les usagers fréquentant en 2008 les structures de soins, 50% avaient des conditions de logement instables et un quart avait recours à la mendicité ou à la prostitution. Sur le plan judiciaire, 38% des usagers avaient déjà connu une période d'incarcération. Les taux de mortalité sont plus élevés chez les personnes dépendantes que dans l'ensemble de la population du même âge pour la quasi-totalité des causes de décès (Sterling, 2003). Ces consommateurs ont ainsi 5 à 10 fois plus de risques de mourir qu'une population équivalente mais non consommatrice (Lopez, Martineau, & Palle, 2004).

Enfin, dans la plupart des cas de consommation, le risque d'*overdose* existe et est responsable de dommages physiques ou mentaux et peut parfois même être létale. Les surdoses dangereuses se produisent habituellement chez des consommateurs qui ont acquis une certaine tolérance à la drogue, chez les abstinents qui reprennent de la drogue après une longue période ou chez ceux qui se procurent le produit sur le marché noir et donc sans moyen de déterminer la dose exacte ou la composition de ce qu'ils achètent (Sterling, 2003 ; OFDT, 2005 ; Gruts, Buster, Vicente, Deerenberg, & Van Laar, 2008). C'est en cela que le problème des produits de coupe est particulièrement saillant comme nous allons le voir dans la partie suivante.

Les conséquences négatives sur la santé constituent l'un des principaux impacts de la consommation de drogues sur la société. Cette consommation lui impose en effet un lourd fardeau financier puisque pour les seules drogues illicites, on estime qu'il faudrait entre 200 et 250 milliards de dollars (0,3 à 0,4 % du PIB mondial) pour couvrir tous les coûts liés au traitement de la toxicomanie dans le monde. En réalité, les montants dépensés sont beaucoup plus faibles puisque moins d'une personne sur cinq ayant besoin d'un tel traitement le reçoit effectivement (UDOC, 2012).

### *Problème spécifique des produits de coupe*

Si l'on parle souvent de la dangerosité des drogues et de l'accoutumance qu'elles entraînent, l'autre danger qui concerne la nature et la proportion des produits de coupe est souvent négligé. Substance ajoutée comme diluant à une drogue, le produit de coupe peut être inerte ou pharmacologiquement actif. Il s'agit donc d'une substance plus ou moins toxique pour l'organisme. En fait, comme le trafic de drogues reste actuellement un commerce illégal, il n'existe pas d'organisme chargé du contrôle de la qualité des produits. Aussi, aucune drogue n'est épargnée par ce phénomène qui a pour but d'augmenter les apports financiers de la revente. Si l'on prend l'exemple de l'héroïne, le problème des produits de coupe est complexe. Dans ce cadre, si prendre une dose coupée avec des produits toxiques est très risqué pour la santé, un produit qui n'est pas assez dilué est lui aussi extrêmement dangereux et peut entraîner une overdose foudroyante. Le dernier rapport de l'OFDT révèle que l'héroïne contient entre 5 et 25% de produit de coupe selon les pays et les régions d'où elle provient. Ces produits sont très variés : on peut rencontrer du paracétamol ou de la caféine, mais également des préparations diverses comme le lactose, le glucose, le sucre et même des produits toxiques comme le plâtre et la strychnine (Lahaie, Cadet-Taïrou & Janssen, 2010). Pour la cocaïne également, la majorité des overdoses ne seraient pas liées à une surdose anesthésiante, mais plutôt à un choc anaphylactique causé par des produits de coupe qui ne sont pas supportés par l'organisme.

Ainsi, si l'on considère l'ensemble des drogues actuellement sur le marché, l'usage de produits de coupe aurait en réalité un impact majeur. Il favoriserait l'augmentation des risques de surdose, l'intoxication avec des produits plus nocifs que la drogue elle-même, le mélange de molécules incompatibles par ignorance de leur présence (Comber, 1997). Les problèmes liés à ces substances ajoutées constituent un des arguments phares des opposants à la prohibition. Ces derniers militent en faveur d'un contrôle de qualité des produits qui pourrait alors selon eux, considérablement réduire la morbidité et la mortalité des consommateurs.

## *Usage thérapeutique du cannabis*

Le cannabis est aujourd'hui la drogue douce qui alimente la majorité des débats politiques. Ses propriétés pharmacologiques constituent un des thèmes de travail redondants. En réalité, connu depuis l'antiquité et initialement récolté pour ses fibres textiles et pour ses graines nourricières, il est probable que le cannabis fut utilisé pour ses propriétés médicinales et psychotropes seulement dans un second temps. Les propriétés sédatives de la Marijuana qui étaient alors les plus connues et son usage était particulièrement recommandé dans les accouchements difficiles. En parallèle, les effets sur les maux de tête, l'insomnie et les troubles gastro-intestinaux furent découverts. Plus tard, avec la propagation de la plante en Europe le cannabis fut utilisé en Grèce pour traiter les inflammations, certaines douleurs spécifiques et les œdèmes. A l'époque médiévale, d'autres applications médicales furent remarquées, en particulier des effets diurétiques, antiépileptiques et un rôle anti-inflammatoire.

L'usage médical de cette substance décline cependant vers la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle au moment où d'autres médicaments, notamment les opiacés, sont isolés. En effet, un rapide soulagement de la douleur est désormais possible par l'injection de médicaments solubles. Les dérivés du cannabis étant, eux, insolubles dans l'eau, ils ne peuvent donc être injectés. Ainsi, à partir de 1863, le cannabis est progressivement remplacé par la morphine. Parallèlement à ce déclin, le début du XX<sup>ème</sup> siècle fut la période de « diabolisation » du cannabis, aux Etats-Unis tout d'abord, puis dans le reste du monde. Après de nombreuses campagnes de sensibilisation du public et des mises en garde sur sa dangerosité, il a été retiré de la pharmacopée américaine en 1941 ; la même mesure fut prise en France en 1953.

Dans les années 70, la valeur thérapeutique du cannabis a cependant été redécouverte et de nos jours, le cannabis médical est employé avant tout pour soulager les effets secondaires de certaines maladies ou de leur traitement. Entre 1976 et 1991, malgré l'interdiction pesant sur l'expérimentation du cannabis naturel, des décisions politiques en Grande Bretagne, aux Pays Bas et dans dix Etats américains ont autorisé les chercheurs à mener des travaux concernant ses propriétés médicales. Aussi, aux usages de la plante déjà connus de longue date, de nombreuses publications scientifiques récentes viennent, aujourd'hui, apporter des démonstrations expérimentales

dans des domaines nouveaux. Les applications thérapeutiques connues à ce jour sont répertoriées par l'Association Internationale pour les Cannabinoïdes en Médecine (IACM) qui a pour but de promouvoir les connaissances sur le cannabis, les cannabinoïdes, et le système endocannabinoïde.

Ainsi, s'ajoutant aux nombreuses recherches accumulées depuis 1970, les derniers travaux publiés depuis 2005 constituent de fortes preuves de son efficacité thérapeutique dans le traitement des nausées et des vomissements liés à une chimiothérapie contre le cancer (Meiri, Jhangiani, Vredenburg, Barbato, Carter, Yang & Baranowski., 2007 ; Duran & al., 2010 ; Zutt, Hanssle, Emmert, Neumann & Kretschmer, 2006 ; Layeeque, Siegel, Kass, Henry-Tillman, Colvert, Mancino & Klimberg, 2006), de l'anorexie et de la cachexie dues à une infection par le virus du sida ou à un cancer (Haney, Rabkin, Gunderson & Foltin, 2005 ; Haney, Gunderson, Rabkin, Hart, Vosburg, Comer & Foltin, 2007 ; Bedi & al., 2010 ; Jatoi, & al., 2002 ; Brisbois, & al., 2011) , sur les douleurs neuropathiques et la spasticité causées par la sclérose en plaques et par les lésions de la moëlle épinière (Zajicek, Fox, Sanders, Wright, Vickery, Nunn, & Thompson, 2003 ; Wade, Makela, House, Bateman & Robson, 2006 ; Collin, Ambler, Kent & McCall, 2006 ; Collin, Davies, Mutiboko & Ratcliffe, 2007 ; Conte, & al., 2009 ; Novotna, Mares, Ratcliffe, Novakova, Vachova, Zapletalova, & al., 2011). Pour ces thérapeutiques, les études récentes qui remettent en doute les effets positifs du cannabis sont rares. En revanche, il y a beaucoup moins d'informations disponibles en ce qui concerne les autres indications connues et parfois très anciennes comme l'épilepsie, les démangeaisons et la dépression, certains symptômes isolés du syndrome Gilles de la Tourette, les dystonies et les dyskinésies, l'asthme, les douleurs inflammatoires, les inflammations chroniques de l'intestin comme la rectocolite hémorragique ou la maladie de Crohn, et diverses névralgies. Souvent, ces indications proviennent d'études de cas ou d'observations accidentelles non contrôlées et les études récentes sur ces problématiques restent assez contradictoires (Grotenhermen, 2009). Le niveau de connaissances dans les différents domaines d'utilisation médicale du cannabis et des cannabinoïdes reste aujourd'hui très hétérogène.

# DONNEES GEO ECONOMIQUES

## Pays producteurs et pays consommateurs

Les flux du trafic de drogues ont des dimensions mondiales et relient régions et continents, avec des conséquences souvent dramatiques pour les pays concernés. Bien que certaines de leurs caractéristiques globales soient restées relativement constantes au cours des dernières décennies, les modes de production, de trafic et de consommation des drogues illicites ont par ailleurs beaucoup évolué. Pour des raisons naturelles liées au climat, à la nature des sols, mais aussi pour des raisons culturelles, les plantations sont restées longtemps localisées à quelques régions restreintes du monde. Globalement, les pays du sud sont plus considérés comme les producteurs et les pays du nord comme les consommateurs. En réalité, aujourd'hui cette dichotomie tend à s'estomper et la production se déploie de plus en plus vers de nouveaux pays. Pour chaque type de drogues, les filières sont différentes puisqu'elles sont fonction des régions du monde concernées mais aussi et surtout des forces politiques en place. Il faut ainsi différencier les *pays producteurs*, *des pays transformateurs* et enfin *des pays de transit*. La production de drogue se caractérise souvent par une forte spécialisation régionale et, pour le cas du pavot à opium, de la coca et du cannabis, les pays producteurs les considèrent comme appartenant au patrimoine culturel de populations locales souvent minoritaires.

Ainsi, la **cocaïne** provient essentiellement d'Amérique du Sud, en particulier de la Colombie, de la Bolivie et du Pérou. La drogue est transformée dans la plupart des pays d'Amérique Latine. En Colombie, le trafic passe sur la côte Pacifique et transite ensuite, soit par l'Amérique Centrale et le Mexique pour entrer aux Etats-Unis (92% de la cocaïne introduite aux États-Unis), soit par l'Afrique Occidentale pour entrer en Europe par l'Espagne ou les Pays-Bas. Le Brésil et l'Equateur représentent encore une part assez faible du marché mondial (UNODC, 2012).

De même, les foyers de production de l'opium nécessaire à la fabrication de **l'héroïne** se concentrent dans le « croissant d'or » : l'Afghanistan ainsi que l'Iran et le Pakistan (87% de la production mondiale), 60% du produit transite par l'Asie



Occidentale et 20% par l'Asie centrale pour rejoindre ensuite essentiellement l'Europe mais aussi l'Amérique du Nord. Le second producteur est le « triangle d'or » comprenant la Birmanie, le Laos et la Thaïlande (17% de l'héroïne consommée au Etats-Unis). Mais c'est également en Amérique du Sud notamment en Colombie qu'est produite et transformée près de 60% de l'héroïne disponible sur le marché américain où elle entrerait en passant par le Mexique. Le Liban, le Guatemala et le Mexique sont également des fournisseurs importants (UNODC, 2012).

Peu de chiffres sont publiés concernant le marché mondial du **cannabis**. Cependant, nous savons que l'Amérique du Nord est le premier producteur mondial de cannabis mais que l'essentiel de cette production est destinée au marché local. Pour le reste, la production du cannabis s'effectue majoritairement en Afrique : Maroc (80% du marché européen), Ghana, Burkina Faso, République Démocratique du Congo et Kenya. Enfin, le cannabis est également cultivé en Afghanistan. La culture hydroponique, souvent pratiquée en intérieur, est maintenant courante dans de nombreux pays développés. Cela a eu pour effet de rendre cette drogue plus puissante, de raccourcir les filières d'approvisionnement et de réduire le trafic interrégional.

Les évolutions récentes de la production, du trafic et de la consommation des drogues illicites bouleversent les rapports entre l'hémisphère Nord et l'hémisphère Sud ainsi que les idées reçues sur la géopolitique mondiale des drogues. Les pays du Sud restent les principaux producteurs/exportateurs de drogue, mais sont également devenus des consommateurs majeurs. Dans ces pays, les drogues sont généralement peu transformées et sont consommées à l'état brut. Parallèlement, le Nord n'est plus uniquement consommateur mais produit aussi des drogues de synthèse. Les plus grandes productions se situent actuellement aux États-Unis. Des foyers de productions secondaires existent également au Mexique, au Pérou, en Europe Occidentale, en Afrique du Sud, dans la Fédération de Russie, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Tous les pays sont donc devenus à la fois producteurs, consommateurs et pays de transit, dans des proportions qui sont très variables d'un pays à l'autre. De même, le cannabis, drogue la plus consommée dans le monde, est de plus en plus souvent produit sur les lieux d'usage (plus de 30 tonnes ont été saisies en 2011 sur le territoire français). De nombreux observateurs rapportent ainsi une hausse de la disponibilité de cette

substance (notamment sous forme d'herbe) qui s'expliquerait par le développement de l'autoproduction (Cadet-Tairou, Gandilhon, Toufik, & Evrard, 2008).

Bien que des substances psychoactives soient consommées depuis des milliers d'années, le problème de la drogue a acquis de nouvelles caractéristiques au cours des dernières décennies dans un contexte marqué par des changements socioéconomiques. Les importants marchés de drogues illicites existant dans les pays développés ont montré des signes de stabilisation, alors que la croissance de la consommation de drogues semble se poursuivre dans de nombreux pays en développement (UNODC, 2012).

## Conséquences économiques du trafic

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, le trafic de stupéfiants est le troisième commerce le plus lucratif dans le monde après celui du pétrole et de l'alimentation et avant celui des médicaments (Labrousse, 2004). Les conséquences socio-économiques de ce trafic et de la lutte anti drogues sont nombreuses et particulièrement indésirables pour le développement économique mondial. En effet, les profits des petits et grands trafiquants sont immenses et génèrent un important phénomène de blanchiment d'argent. La drogue restant une marchandise prohibée, son commerce particulièrement lucratif s'inscrit aujourd'hui dans la mondialisation de l'économie. En dehors de certaines analyses micro-économiques, peu de travaux ont été élaborés concernant l'analyse économique du trafic de drogues notamment à cause de son caractère illégal qui rend ce travail particulièrement compliqué.

Les estimations du marché de stupéfiants au détail (dépense des consommateurs) sont très divergentes et varient de 150 à 800 milliards de dollars. Ainsi, la commission anti narcotique du G7 estime que le marché mondial de la drogue représente 600 à 800 milliards de dollars. Le Sénat Américain avance le chiffre de 300 milliards de dollars. Le rapport annuel de la NORML (Organisation nationale pour la réforme des lois sur l'usage de la Marijuana) estime à 500 milliards de dollars ce même marché mondial (dont 100 milliards pour les Etats-Unis) en précisant que 98% des recettes resteraient aux mains des pays industrialisés et seulement 2% reviendraient aux trafiquants et

producteurs. Les divergences importantes dans les chiffres cités témoignent de la difficulté à évaluer avec précision l'étendue du trafic. Ils mettent également en évidence deux éléments centraux : non seulement que le marché américain est le plus important en matière de drogues, mais également que les profits issus de ces trafics ne reviennent pas aux pays producteurs. La vente au détail sur le territoire du pays consommateur constitue la partie la plus importante des bénéfices alors que les exportations et les ventes en gros ne sont que la partie émergée de l'iceberg. Pour certains experts, c'est là une des raisons principales de l'échec de la répression au niveau de la production puisqu'en réalité le segment le plus rentable se trouve au niveau de la vente au détail (Fonseca, 1992).

Cette importante masse monétaire issue du commerce des drogues va favoriser non seulement la criminalité transnationale organisée mais également une forte corruption. Ces deux aspects contribuent eux-mêmes à fragiliser et à déstabiliser l'équilibre politique des États. Il existe ainsi des liens certains entre, d'une part, le trafic de drogues, sa production et son exploitation et, d'autre part, l'instabilité politique, la corruption, la criminalité et la pauvreté.

## Conséquences géopolitiques du trafic

Malgré la volonté internationale de lutter efficacement contre tous les problèmes périphériques au trafic de stupéfiants, les législations et les moyens de répression ne sont pas homogènes selon les États. Aussi, un marché clandestin associé à un phénomène de tourisme de la drogue (le *narcotourisme*) se sont mis en place à destination des pays ayant une législation plus souple et une répression de l'usage moins stricte. Ce *narcotourisme* favorise des prix élevés qui rendent l'activité particulièrement attractive pour les trafiquants. Nous pouvons ainsi aisément comprendre que, du fait de son caractère illicite, le trafic de drogues engendre l'apparition de réseaux clandestins générant non seulement de la criminalité mais aussi une importante corruption. Cette approche reste schématique puisque les éléments en jeu s'imbriquent en réalité de manière extrêmement complexe. Toutefois, la menace est particulièrement aigüe pour des pays à l'équilibre politique précaire, comme ceux qui

sortent par exemple de la guerre. Dans ce cas, le trafic de drogue a un impact dévastateur sur les efforts de reconstruction et de paix.

## *Corruption*

La corruption est un des principaux dangers qui menace l'équilibre économique et politique des Etats. Elle est cependant une étape nécessaire pour que la drogue puisse franchir les frontières et être acheminée des pays producteurs vers les pays consommateurs. Forte de ce trafic, la corruption existe sous de multiples formes comme l'abus de biens sociaux, les détournements de fonds, les enrichissements personnels, les emplois fictifs (Rowley & Schneider, 2008 ; Henri, 2002). Le Group of States Against Corruption (GRECO) anciennement appelé le Groupe Multidisciplinaire sur la Corruption du Conseil de l'Europe en donne la définition suivante :

*« La corruption est une rétribution illicite ou tout autre comportement à l'égard des personnes investies de responsabilité dans le secteur public ou le secteur privé, qui contrevient aux devoirs qu'elles ont en vertu de leur statut d'agent d'Etat, d'employé du secteur privé, d'agent indépendant ou d'un autre rapport de cette nature et qui vise à procurer des avantages indus de quelque nature qu'ils soient, pour eux-mêmes ou pour un tiers » (Ackerman, 2008).*

Dans son rapport 2010, l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants estime que la corruption exercée par les organisations criminelles est un des principaux obstacles à la lutte contre le narcotrafic (OICS, 2011). Cette corruption affaiblit en effet les services de détection et de répression ainsi que l'appareil judiciaire. La réalité montre que la police, les douanes et les agences antidrogues sont toutes directement touchées par cette corruption qui est devenue quasi-institutionnalisée dans une majorité des cas. Elle crée ainsi une sorte de marché parallèle toléré entretenant par ailleurs un climat d'intimidation et de violence (MacNeece, 2003).

## *Violence, crime organisé, guérilla : l'exemple Colombien*

Les pouvoirs publics sont forcés de constater que la violence issue du trafic de stupéfiants est hors de contrôle depuis maintenant plus de quarante ans (Campos, 2011). L'exemple le plus parlant est celui des FARC (Forces Armées Révolutionnaires de Colombie) et des cartels colombiens bien qu'ils ne soient pas les seuls (mafia italienne, triades chinoises). Dans ce pays, producteur de près de 80% de la cocaïne exportée aux Etats-Unis, un marché illégal s'est créé et prospère avec la complicité des pouvoirs en place. Les FARC constituent la principale guérilla communiste colombienne impliquée dans le conflit armé du pays et elles se disent protectrices des paysans. Leur principale source de revenus est le marché très rentable de la coca. Ce dernier est surveillé non seulement au niveau de ses plantations, mais également dans les laboratoires de transformation et lors de son transport.

A la fin des années 90, pour combattre ce narcotrafic, les Etats-Unis ont intensifié leur aide financière et logistique au pays et sont à l'origine du *Plan Colombie*. En réalité, ce plan a donné beaucoup d'importance à la lutte contre la culture de la coca au détriment du développement de programme d'aide alternatif pour les paysans producteurs. Aussi, ignorant délibérément les racines socio-économiques du problème, cette politique répressive n'a fait qu'accélérer l'expansion des cultures illicites, augmenter les prix et a permis surtout à la guérilla colombienne de consolider sa base sociale en favorisant le soutien des paysans aux FARC (Jenner, 2011). La guérilla continue ainsi à mener des opérations terroristes visant des hommes politiques ou des civils. Depuis l'application du Plan Colombie, les cartels ont pratiquement disparu au profit d'un réseau horizontal multiple et diversifié. Malgré cette modification dans la structure et l'organisation du trafic, les niveaux de production n'ont en rien diminué. Les FARC produisent aujourd'hui leur propre cocaïne et sont engagés dans de nombreuses activités criminelles qui brassent d'importants profits.

Produit de la violence, le crime organisé constitue également une menace bien réelle pour l'économie et la société. En réalité, il s'agit d'un phénomène complexe qui opère via la traite des êtres humains (enfants, prostitution), les trafics illégaux (armes, drogues) et d'autres épiphénomènes plus récents tels que la cybercriminalité et la criminalité environnementale. Les organisations criminelles tirent profit de l'illégalité

même de leurs trafics, en maintenant la rareté des produits afin d'assurer leur monopoles notamment par la violence (Carlsen, 2010). Cette situation préoccupante a poussé les instances telles que la Communauté Européenne, mais également les Nations Unies, à chercher des moyens pour lutter contre ce phénomène devenu transnational (Communauté Européenne, 2004).

### *Instabilité politique et conflits*

Si, comme nous venons de le voir, le trafic de drogue favorise des phénomènes comme la corruption, la violence et le crime organisé, ces derniers sont eux-mêmes à l'origine d'autres problèmes plus profonds portant atteinte à la stabilité politique des Etats. Durant les années 90 par exemple, les conflits directement liés au trafic des drogues ont touché plus d'une trentaine de pays et certains de ces conflits ne sont pas encore réglés aujourd'hui. Les exemples sont nombreux (Kosovo, Thaïlande, Afghanistan, Colombie, etc.) puisque le trafic de drogue est un frein à la bonne gouvernance d'une part, et qu'il entrave d'autre part les efforts de reconstruction des institutions publiques. Là encore, la Colombie est un exemple frappant puisque les programmes d'aide et de développement menés par les autorités nationales et la communauté internationale dans le Plan Colombie ont été largement affaiblis par les FARC. Source d'instabilité géopolitique, le narcotrafic entretient des liens étroits avec les guérillas et les réseaux de terrorisme qui sont alimentés par l'argent issu de ces marchés illégaux (Dupont & Voth, 1995).

N.B. : Notons également un élément qui occupe une place de plus en plus importante dans un siècle où l'écologie est au centre des préoccupations mondiales. Les cultures de production de drogues ainsi que la lutte contre le trafic ont des conséquences écologiques non négligeables. Ces problèmes sont liés à la monoculture d'une part et aux déforestations sauvages à répétition. Il faut d'autre part prendre en compte les conséquences gravissimes engendrées par les programmes de fumigation comme ceux qui ont lieu notamment en Colombie. Dans ce pays, depuis la fin 2000, les populations équatoriennes qui vivent à la frontière de la Colombie ont subi les aspersions massives d'herbicides contre les champs de coca. Ce procédé, décidé par le gouvernement

colombien et les Etats-Unis, a entraîné une série de catastrophes sanitaires contaminant les cultures licites, les cours d'eau et les habitations alentour et il a contraint à l'exode une partie de la population.

## DE LA PROHIBITION VERS SES ALTERNATIVES

Malgré une volonté internationale illustrée notamment par l'action de l'ONU, les législations et les moyens de répression ne sont pas homogènes dans tous les pays. Toutes les politiques mises en œuvre visent à améliorer l'état de santé, la condition sociale et les conditions économiques de leurs citoyens en prévenant l'usage de drogues nocives et en réduisant leurs effets néfastes. Elles tentent ainsi de réduire la morbidité liée directement ou indirectement à la consommation de ces substances. Toutefois, il ne faut pas négliger les importants enjeux économiques et politiques qui sous-tendent un commerce aussi lucratif que celui des drogues et qui influencent grandement la mise en œuvre des plans de lutte (Reuter, 2009).

### Evolution des politiques internationales

L'usage des drogues n'est pas un phénomène nouveau apparu avec nos civilisations modernes. En réalité, il semblerait que leur utilisation remonte aux premiers pas de l'Homme dans la connaissance de son environnement végétal (Schultes & Hofmann, 1990). Les recherches effectuées révèlent en effet que, depuis toujours, l'Homme a recherché des moyens de transformer son état de conscience. Ainsi, depuis les origines, selon chaque pays et chaque groupe social, les substances varient et chacun des produits utilisés est entouré d'un ensemble de codes et de rituels lui conférant une signification et une fonction propre (Hulsma & Van Ransbeek, 1983).

Les attitudes des gouvernements face aux drogues et aux consommateurs sont le résultat d'une longue évolution historique. Si une des caractéristiques principales du marché de la drogue est la répression dont il fait l'objet à l'échelle mondiale, cela n'a pas

toujours été le cas. Jusqu'en 1920, les drogues ont été très peu criminalisées dans des pays comme la France ou les Pays-Bas qui tiraient des bénéfices du commerce des drogues dans leurs colonies. A l'inverse, aux Etats-Unis, la *prohibition* est mise en vigueur plus tôt et répond à un principe d'interdiction sur la production, le commerce et l'usage de psychotropes. Elle se révèle être rapidement un véritable échec source de corruption, de contrebande et de crime organisé (Hulsman & Van Ransbeek, 1983). Comme nous le verrons par ailleurs, cet épisode prohibitionniste aux Etats-Unis a joué un rôle majeur dans l'histoire de la criminalisation des drogues (Richard, Senon, & Valleur, 2004). C'est précisément en 1912, qu'à La Haye a été mise en place la première convention internationale définissant un système de contrôle des drogues et instaurant des mécanismes de régulation de la production, du commerce et de la consommation de certains produits. A partir de cette date, une séparation a été introduite entre les drogues dites licites, désignées par le terme de *médicaments*, et les drogues illicites, désignées par le terme de *stupéfiants*. La décolonisation a également engendré un changement important puisque les pays coloniaux ne profitent plus des revenus liés aux drogues produites par les pays en voie de développement de l'hémisphère Sud. En l'absence de ses intérêts financiers, ils rejoignent alors la position des États-Unis visant à imposer une prohibition de ces substances (Labrousse, 2004).

Le rythme des conférences internationales sur les stupéfiants s'est rapidement intensifié après la première guerre mondiale produisant des normes chaque fois plus répressives. Ces conventions sont ratifiées par de nombreux pays et permettent à chaque Etat de faire évoluer ses législations nationales afin de les adapter au mieux à ses propres besoins. L'apparition de l'épidémie de VIH dans les années 90 marque un véritable tournant dans les politiques publiques qui consacrent alors une part bien plus importante de leurs efforts à la prévention et aux soins (Faugeron & Kokoreff, 2002). Lors de la Commission des Nations Unies sur les stupéfiants en 2010, l'ensemble des Etats présents a réaffirmé l'appui à la lutte contre les stupéfiants malgré un bilan peu convaincant. On assiste en effet à une augmentation incessante du nombre de consommateurs ainsi qu'un accroissement des violences et des décès autour du monde de la drogue (AFSSAPS, Département stupéfiants et psychotropes, 2010).

En France, la politique actuelle de lutte contre la drogue a été pour l'essentiel, fixée par la loi du 31 décembre 1970 du Code pénal et du Code de la Santé Publique.



Cette loi punit aussi bien l'usage que le trafic de toute substance classée comme stupéfiant. La liste des produits stupéfiants visés par cette loi est établie par arrêté du Ministre de la Santé, sur proposition du Directeur Général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé conformément à la réglementation internationale (Roques, 1998).

Pour résumer, au niveau international, sont décrites principalement deux positions de réglementation : la première interdisant toute drogue au sens large et punissant non seulement les dealers mais également les consommateurs et la seconde plus permissive laissant plus de liberté en ce qui concerne les drogues et décriminalisant les consommateurs ainsi que les dealers (Weinacht, 1999). Pourtant, c'est sans aucun doute l'inefficacité de ces solutions préconisées pour endiguer le phénomène de la drogue qui a contribué au moins en partie, à multiplier les prises de positions politiques face à ce problème (Slama, 2006). Après avoir défini brièvement les quatre concepts utilisés classiquement dans le cadre de la législation des drogues, nous verrons les cinq politiques possibles que Goode a recensées : *les conservateurs culturels, les libéralistes du libre échange, les légalisationnistes progressistes, les prohibitionnistes progressistes et les constructionnistes radicaux* (1998).

## Définitions des concepts phares

### *Prohibition*

A l'origine, le mot *prohibition* renvoie à une période de l'histoire des Etats-Unis qui s'étend de 1919 à 1933. Durant cet intervalle de temps, la vente, la fabrication ainsi que la consommation d'alcool ont été interdites dans le pays. Aujourd'hui, ce terme correspond à un principe d'interdiction ou de réglementation stricte qui peut être appliqué à tous types de produits. Concernant la drogue, cette politique de prohibition s'est mise en place via les diverses conventions internationales de l'ONU évoquées plus haut. Plusieurs organes internationaux tels que l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime ou l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants sont par ailleurs chargés de faire respecter l'application de ces textes (MacCoun, 1993).

Aujourd'hui, à une application ferme et déterminée de la loi, s'ajoute une politique globale de prévention, de soins et de réduction des risques.

### *Dépénalisation*

L'exemple le plus connu de *dépénalisation* en Europe est celui du cannabis aux Pays-Bas. Dans cet Etat, la réglementation a en effet décriminalisé l'usage simple et la possession de produit, tout en sanctionnant sa vente et sa production. Longtemps critiquée, car supposée aboutir à une augmentation significative de la consommation du produit dépénalisé (suite à sa banalisation), son application aux Pays-Bas depuis 1976 ne semble pas montré de hausse de la consommation hors de celle générée par le *narcotourisme* provenant des pays limitrophes. Pourtant, bien qu'elle respecte les conventions internationales de l'ONU, cette solution ne résout pas, selon ses opposants, les problèmes liés à la drogue. Il n'existe en effet aucun lien certain et fiable entre la fin de la prohibition et la fin des trafics. Pour preuve, le trafic de cigarettes est devenu au cours des dernières années une ressource financière majeure pour certaines organisations criminelles, alors que le tabac a un statut légal dans le monde entier (Berridge & Mars, 2004).

### *Légalisation*

Cette solution n'est actuellement appliquée dans aucun pays. La légalisation viserait à autoriser la consommation et la vente via un contrôle par l'État de la production ainsi que de la distribution du produit. Les partisans de la légalisation avancent qu'elle permettrait la mise en place de taxes, de normes de qualité et d'une réglementation du produit en termes de limitation d'âge comme c'est par exemple le cas, en France, pour l'alcool et le tabac (Grossman, Chaloupka & Shim, 2002 ; Cheung, 2000). Toutefois, la légalisation est susceptible de se heurter à des stratégies d'adaptation des organisations criminelles qui pourraient favoriser malgré tout une reprise des trafics. Là encore, beaucoup soulignent le fait que les conséquences d'un abandon de la prohibition des drogues resteraient extrêmement incertaines et

potentiellement néfastes pour la santé publique (Kilmer, Caulkins, Pacula, MacCoun & Reuter, 2010).

### *Libéralisation*

La libéralisation est l'approche la plus libérale qui puisse être envisagée puisqu'elle consisterait à supprimer toutes les contraintes légales sur les produits en vertu des droits fondamentaux des individus. Plus qu'une simple décriminalisation, il s'agit de mettre fin à toute réglementation relative aux drogues et d'appliquer la politique du *laissez-faire*. Cette position en contradiction avec les conventions internationales de l'ONU n'est actuellement appliquée dans aucun pays et pour aucune substance.

## Cinq positions politiques recensées par Goode

Les options politiques face aux drogues ont évolué avec le temps et sont encore aujourd'hui très différentes d'un Etat à un autre. Goode (1998) a tenté de faire un inventaire précis de ces diverses politiques en basant son analyse sur les origines philosophiques et idéologiques de chacune de ces positions. Selon Goode, « *les principaux profils politiques relatifs à la légalisation des drogues peuvent être décrits comme suit : les conservateurs culturels, les libéralistes du libre échange, les légalisationnistes progressistes, les prohibitionnistes progressistes et les constructionnistes radicaux* » (p.19). Nous allons décrire ici ces cinq positions qui correspondent aux possibilités politiques face aux drogues qui sont ou qui ont été appliquées dans le monde.

### *Conservateurs culturels*

Les conservateurs culturels s'appuient, à la base, sur une idéologie morale et par extension sur une idéologie religieuse (Campos, 2011). Selon cette position, tout écart par rapport aux normes traditionnelles est considéré comme mauvais en soi. Le consommateur de drogue considéré comme un être faible en état de péché. Cette

position est bien illustrée par le discours prononcé par l'Ambassadeur des Etats-Unis McNamara à Bogota en 1990 :

*« Toute société a des préceptes moraux selon lesquels on peut distinguer ce qui est vrai de ce qui ne l'est pas et ce qui est bien de ce qui est mal. Toute société se consacre à promouvoir le bien et à éradiquer le mal. Aussi, les priorités à définir concernant la légalisation de la cocaïne sont évidentes. Nous ne pouvons pas la légaliser » (Tokatlian, 2002, p. 42).*

Pour les conservateurs culturels, toute drogue qui ne fait pas partie de l'héritage culturel de la société doit par définition être prohibée. Ainsi, être en possession d'une quelconque quantité de drogue comme l'alcool ou le tabac, n'est pas un crime, de même que produire ou vendre ce type de substance. En revanche, être en possession d'une quantité même infime d'une drogue dite « exotique » telle que la cocaïne, l'héroïne ou le cannabis est considéré comme un acte criminel, de même que produire ou vendre ce type de substance. Les défenseurs de cette position considèrent par ailleurs que la prohibition de ces substances « non traditionnelles » doit être étendue mondialement et tout particulièrement dans les pays qui sont connus pour en être les principaux producteurs.

Cette position s'appuie également sur des arguments plus rationnels selon lesquels la légalisation d'une drogue pourrait engendrer une augmentation dramatique de sa consommation dans la population. Par voie de fait, les conséquences sur la santé seraient très néfastes. Dans ce groupe, cela est d'autant plus vrai que subsiste par ailleurs la croyance selon laquelle ces drogues restent « par principe » bien plus dangereuses que des substances comme l'alcool et le tabac. Un gouvernement qui légaliserait ce type de produits devrait donc assumer, d'une part, la responsabilité des dommages liés à la consommation des drogues traditionnelles et, d'autre part, ceux liés à la consommation de ces nouvelles drogues (Hauge, 2003). Finalement, il se pourrait que la prohibition permette au gouvernement de garder son niveau de responsabilité à un degré considéré comme acceptable par la population.

Face à cette position qui repose essentiellement sur une idéologie culturelle et religieuse, tout argument scientifique reste totalement sans effet. De même, les critiques des opposants n'ont que peu d'influence sur ce groupe qui tient à protéger ses propres

valeurs culturelles et sa santé. Pour ces conservateurs, toute autre position politique est considérée comme nocive pour la population et plus particulièrement si les drogues non traditionnelles sont légalisées. Globalement, cette position est celle qui domine actuellement dans de nombreux pays comme les Etats-Unis, la France ou les pays d'Amérique Latine.

### *Libéralistes du libre échange*

Une base morale et philosophique est à l'origine de la position des libéralistes du libre échange qui croient en les lois du marché. Selon cette position, toute tentative de modification artificielle de ces lois est en soit une erreur. Ainsi, un gouvernement interventionniste déstabilise le marché : il est donc forcément à la source de conséquences négatives pour le pays et sa population (Friedman, 1991). Dans ce cadre, toutes les drogues sont globalement équivalentes et sont considérées comme des biens de consommation, au même titre que tout autre bien, à disposition des citoyens. Aussi, la possession, la production et la vente de ces substances ne constituent en aucun cas un délit ou un crime. Les défenseurs de cette position vont même jusqu'à dire que l'interdiction de la production ou de la vente de ce bien de consommation va à l'encontre du droit le plus élémentaire de tout citoyen : l'autonomie. Cette vision doit, bien entendu, être étendue au monde entier puisque tout individu en tant que tel devrait avoir le droit de jouir et de profiter des biens de consommation dont il a envie et d'exercer ainsi sa liberté.

D'un point de vue plus rationnel, les libéralistes estiment qu'il faut simplement laisser faire les lois du marché. Ainsi, tout bien de consommation qui ne satisferait pas aux exigences de qualité des consommateurs sera rapidement rejeté pour disparaître du marché par la suite. Les avantages d'un bien de consommation ne peuvent pas être ignorés juste parce qu'il a aussi des effets négatifs. Les gouvernements ont décidé aujourd'hui de fermer volontairement les yeux sur les aspects positifs de substances comme le cannabis et c'est précisément cette attitude qui engendre la situation actuelle du marché.

Cette idéologie est, comme la précédente, insensible aux arguments scientifiques. Ses défenseurs savent qu'il est impossible d'évaluer sur le long terme les

risques réels pour la santé et minimisent par ailleurs le caractère hautement addictif de certaines substances. Tous les gouvernements qui ont adopté des politiques de régulation des drogues sont jugés dans cette optique comme étant dans l'erreur puisqu'ils déstabilisent un marché capable de se réguler par lui-même.

Cette politique aussi appelée *laissez-faire* a été très présente au début du siècle dernier, par exemple aux Etats-Unis où une proportion importante de personnes consommait alors de l'opium ou de l'héroïne (Courtwright, 1982).

### *Légalisationnistes progressistes*

Les légalisationnistes progressistes prennent en considération la dimension humaine du problème des drogues et donc le plaisir résultant d'une consommation raisonnable de certaines substances. Les poursuites et les condamnations des consommateurs sont considérées comme une entrave à la liberté individuelle. Selon les légalisationnistes progressistes, ces lois arbitraires ont, par ailleurs, encouragé la création d'un marché noir. La politique optimale consisterait pour eux en un équilibre entre le *laissez faire* et la prohibition (Boyum, 2001). Ainsi, si les drogues doivent être légales, il est cependant nécessaire que la production et la distribution de ces substances soient régulées par une autorité supérieure. Des modèles politiques de ce genre existent déjà dans certains pays comme en France où l'Etat gère le marché du tabac (Yacoubian, 2001). La régulation par l'Etat suppose un certain nombre d'invariants comme, notamment, des campagnes d'information et de sensibilisation à l'attention des enfants et des adolescents. De même, des programmes d'aide concrète comme la distribution de seringues, des traitements substitutifs doivent être proposés. Dans cette optique, les consommateurs de drogues dures mais aussi ceux qui consomment du tabac ou de l'alcool ne sont pas des délinquants ou des criminels mais simplement des malades que la société doit aider.

Cette position se veut rationnelle puisqu'elle suppose que si le marché de la drogue est régulé par le gouvernement lui-même alors les prix vont considérablement baisser et cette chute pourrait ainsi rendre le marché bien moins attractif les trafiquants (Bretteville-Jensen, 2006). Aussi, toutes les activités illégales liées directement ou indirectement au marché de la drogue vont perdre de l'importance : corruption, violence

et criminalité diminueront. Les forces de l'ordre et la justice seront ainsi plus disponibles pour se consacrer à d'autres domaines. De la même manière, la production et la distribution étant surveillées, régulées et contrôlées, les produits seront plus sûrs et leur composition moins aléatoire. Aussi, le nombre d'overdoses accidentelles liées au problème des produits de coupe se réduira d'autant. Enfin, l'Etat pourra mettre en place des taxes sur ce commerce et développer ainsi ses programmes de prévention et de soins aux consommateurs. Les légalisationnistes progressistes affirment que si le marché de la drogue est régulé par l'Etat, la consommation ne devrait pas présenter de forte augmentation. Selon eux, les nombreux bénéfices issus de la régulation du marché compenseraient largement la petite augmentation qui se produirait probablement.

Etant essentiellement pragmatique, cette position est très influencée par les arguments provenant du monde scientifique et médical. Les expériences de régulation qui ont été conduites aux Pays-Bas, en Suisse et dans d'autres pays d'Europe sont prises en compte de même que les problèmes et tensions issus des systèmes prohibitionnistes en Colombie et au Mexique. Cette position est globalement assez optimiste en ce qui concerne les conséquences de la légalisation sur le nombre de consommateurs. Dans ce cadre, plusieurs auteurs, défenseurs de cette position politique, affirment que le taux de consommation ne serait finalement pas dépendant à la politique du pays mais simplement le fait de certaines normes sociales (Reuter, 2007).

La politique que nous venons de décrire est proche de celle menée aux Pays-Bas depuis 1976 où les drogues douces sont tolérées (Jenner, 2011). Dans cet Etat, elles sont vendues et peuvent être consommées dans certains lieux publics. Les drogues dures restent illégales mais les consommateurs sont poursuivis de manière moins systématique que dans les pays prohibitionnistes. Malgré cette légalisation des drogues douces, les Pays-Bas restent sous la tutelle des traités internationaux et ne peuvent donc pas étendre leur politique à l'ensemble des drogues du marché.

### *Prohibitionnistes progressistes*

Cette position est basée sur des considérations de santé publique et suggère d'adopter une politique de répression basée sur la dangerosité des substances. Ses défenseurs disent avoir un point de vue plus altruiste que les défenseurs de la

légalisation. Selon cette vision, toutes les drogues doivent être illégales. Toutefois, les contrevenants seront poursuivis en fonction de la dangerosité de la drogue dont il est question. Campagnes de sensibilisation, programmes d'aide et de suivi, distribution de seringues et de préservatifs sont des éléments phares de cette politique.

Cette vision est rationnelle dans la mesure où de vraies actions sont mises en place pour protéger les populations à risque. Ces démarches ciblées devraient être à l'origine d'un déclin de la consommation. L'idée des défenseurs de cette politique est de parvenir à changer en profondeur les habitudes et donc les mentalités de la population en matière de drogues. Tous les problèmes sanitaires liés à la consommation devraient progressivement diminuer mais cela nécessitera bien entendu un effort sur le long terme.

Comme la précédente, cette position est principalement pragmatique et est donc très sensible aux arguments scientifiques et médicaux. En revanche, les prohibitionnistes progressistes restent plutôt pessimistes et pensent que la demande en drogue va augmenter si la disponibilité des produits est plus importante. Ils considèrent également que toutes les drogues sont nocives pour la santé et que les conséquences de cette nocivité ne peuvent en aucun cas être compensées par le plaisir de la consommation.

Actuellement cette position existe en Suisse depuis 1991. Les drogues sont illégales mais leur consommation reste tolérée et va de pair avec des aides et des traitements de substitution (Uchtehagen, 2009). Plus récemment en 2009, le Mexique a adopté une politique similaire (Houston, 2010).

### *Constructionnistes radicaux*

Les radicaux examinent le problème de la drogue selon un point de vue sociopolitique. Ils considèrent qu'elle n'est qu'un prétexte utilisé par les gouvernements et relayé par les médias pour occulter les problèmes de fond que sont la pauvreté, le chômage, les inégalités nord-sud ou la délinquance. Leur position est le résultat d'un questionnement : quelles sont les raisons d'une si forte demande en drogues dans des pays aussi différents que les Etats-Unis ou l'Iran ? Comment se peut-il que la cocaïne soit plus consommée aux Etats-Unis qu'en Colombie qui est pourtant un des principaux



producteurs de cette drogue ? De même, pourquoi les Etats-Unis consomment-ils plus de cannabis que les Pays-Bas alors qu'il est illégal dans le premier et légal dans le second ? Finalement, pour les radicaux, ni la prohibition, ni la légalisation n'est une bonne solution : il est nécessaire avant tout de s'attaquer aux racines du problème. Cela suppose donc une prévention plus globale qui requiert des lois, mais inclut également le concours de la politique sociale, des médias, de l'économie et du système éducatif.

Cette position est rationnelle depuis qu'il existe un réel écart entre le phénomène de la drogue et le rapport qu'en font les médias. Ces derniers ont en effet une influence majeure sur l'opinion des populations quelle que soit la réalité épidémiologique relative à la drogue. Au début des années 80 par exemple, les médias américains ont largement influencé les citoyens : alors que le taux de consommation des drogues avait largement décliné dans le pays, un nombre accru de personnes a cependant considéré que la drogue était le problème principal en santé publique.

## ATTITUDES DU PUBLIC RELATIVES AUX POLITIQUES FACE AUX DROGUES

Les débats concernant la politique de la lutte anti-drogue ainsi que la dépénalisation et la légalisation notamment du cannabis agitent la sphère politique depuis de nombreuses années. Des études sont donc régulièrement menées pour évaluer l'opinion des personnes notamment sur la prohibition ou la légalisation de la drogue.

### Etudes sur les représentations et opinions à propos des drogues

Blendon et Young (1998) ont examiné les résultats de 47 enquêtes nationales réalisées aux États-Unis et liées à la politique des drogues. Ils ont pu relever ce qui semble être un paradoxe : la plupart des américains considèrent que la politique des drogues appliquée dans leur pays, à savoir la prohibition totale, est un échec. Pourtant, ils ont plutôt tendance à la soutenir : ainsi, 87% des personnes interrogées sont en

faveur d'une augmentation du budget de la police, 84% en faveur de sanctions pénales plus sévères et 77% en faveur d'un financement accru pour le traitement des consommateurs. Seulement 26% sont en faveur d'une légalisation du cannabis pour usage personnel et une large majorité de personnes ont tendance à croire que les crimes liés aux drogues augmenteraient si ces dernières étaient légalisées. Enfin, la plupart des répondants sont favorables à l'éducation des jeunes sur les drogues à l'école.

Depuis cette revue, plusieurs autres études ont été menées aux États-Unis, au Canada et en Australie. Timberlake, Rasinski et Lock (2001, 2003) ont ainsi examiné les facteurs qui ont un impact sur le fait d'être favorable à des dépenses de réhabilitation en faveur des toxicomanes. Ils ont montré que 59% des Américains y sont favorables. En outre, 64% sont en faveur de l'augmentation des dépenses pour la « lutte contre la toxicomanie ». Ces personnes ont également tendance à s'opposer à l'Etat providence et ont plutôt des attitudes punitives envers tous types de criminels.

L'opinion des personnes sur la politique de l'Etat est bien entendue dépendante de certains facteurs sociaux et culturels mais nous avons encore assez peu d'informations à disposition (Paschal, Lewis & Sly, 2007). Quelques rares études ont ainsi été effectuées sur des échantillons de participants particuliers impliquant notamment des étudiants en médecine, des toxicomanes, des consommateurs d'alcool, et des personnes blanches ou non blanches.

Hoffman, Chang et Lewis (2000) ont ainsi examiné les attitudes des étudiants américains en médecine. Ils ont montré que 68% était en faveur de programmes de distribution de seringues, 60% favorables à l'utilisation médicale du cannabis, mais seulement 21% favorables à la décriminalisation pour possession de petites quantités de drogue. Ces pourcentages étaient plus élevés parmi les étudiants libéraux que parmi les conservateurs. De même, 67% des sujets étaient en faveur d'une augmentation du financement de la police. Agrawal, Everett et Sharma (2010) ont montré qu'une large majorité des étudiants en première année (90%) étaient en faveur d'une approche basée sur les principes de santé publique plutôt que d'une approche répressive. Cependant, plus ils avançaient dans leur cursus et plus ces étudiants en médecine ont tendance à être pessimistes quant à l'efficacité des traitements des toxicomanes : ainsi, si 47% d'entre eux croyaient que la dépendance pouvait être traitée avec succès en première année, il apparaît que deux ans plus tard, seulement 22% y croient encore.

Une étude menée chez des toxicomanes (Trevino & Richard, 2002) a montré que le fait de consommer ou non un produit ainsi que la fréquence de cette consommation sont également des facteurs importants à prendre en compte. Les consommateurs de drogues sont ainsi plus favorables à la légalisation que les non consommateurs. Pour le cannabis, 68% des consommateurs sont en faveur de sa légalisation contre seulement 33% des non consommateurs. Les consommateurs de cannabis sont ainsi majoritairement en faveur de la légalisation de cette drogue, en revanche, ils sont généralement contre celle de la cocaïne et de l'héroïne : seulement 14% et 12% des usagers ont estimé que la cocaïne ou l'héroïne devrait être légalisée (vs. 8% des non-utilisateurs). (Trevino & Richard, 2002). Une étude américaine a pu mettre en évidence certains facteurs communs parmi les défenseurs de la légalisation. Tout d'abord, il apparaît que les gros consommateurs d'alcool sont plus en faveur de la légalisation de la cocaïne et de l'héroïne que les personnes qui ne consomment que peu ou pas d'alcool. Les femmes sont globalement moins favorables à la légalisation du cannabis que les hommes. De même, les personnes croyantes sont moins favorables à la légalisation de la cocaïne et de la l'héroïne. Enfin, les Afro-Américains et les Hispaniques sont moins favorables à la légalisation de la cocaïne et de l'héroïne que les personnes d'autres origines (Trevino & Richard, 2002).

Une étude a révélé que l'origine des personnes était un facteur influençant la position par rapport à la légalisation. Ainsi, les personnes blanches considèrent que la drogue est un problème de pression sociale lié à un caractère faible. Aussi, 59% sont en faveur d'un système répressif contre 41% des non-blancs. Ces derniers considèrent plus que la drogue est une maladie et 61% sont en faveur d'un système d'aide et de désensibilisation contre 41% des étudiants blancs. Globalement, les personnes non-blanches tolèrent plus l'utilisation des drogues et sont plus en faveur de la légalisation que les personnes blanches (Lambert, Ventura, Baker & Jenkins, 2006).

Enfin, une étude menée australienne a montré que les opinions des personnes peuvent être déterminées par l'information disponible au sujet de la drogue. Lorsque les répondants ont des informations précises sur les aides proposées aux toxicomanes, alors 62% sont pour la distribution des aiguilles et seringues, 77% pour le traitement à la méthadone, 87% pour des centres d'injection (*salle des shoot*) et 59% pour l'approvisionnement des pharmacie en matériel d'injection. Quand aucune information

n'a été fournie aux personnes à propos de ces programmes d'aide alors le soutien à ces quatre composantes est beaucoup moins important (Hopwood, Brener, Frankland et Treloar, 2010)

Selon une étude nord américaine, il semblerait en réalité qu'une large partie du débat soit focalisée sur les propriétés médicales du cannabis et sur le fait que cette drogue puisse être décriminalisée ou non. Cette étude montre que la majorité des personnes reste contre sa légalisation. Entre 1969 et 2003, il existerait cependant une légère augmentation en faveur de la légalisation (Millhorn, Monaghan, Montero, Reyes, Roman, Tollasken, & Walls, 2009). L'étude a montré qu'en 2003, 64% de leur échantillon était défavorable à la légalisation du cannabis (vs 84% en 1969), et 52% considéraient que la possession de petites quantités de marijuana ne devrait pas être traitée comme une infraction (contre 41% en 1977).

En 1999, une étude téléphonique auprès de 1002 adultes dans l'Etat du Maryland a montré que 73% d'entre eux étaient favorables à une utilisation médicale du cannabis. En revanche, cette même étude montre que seulement 22% des personnes sont favorables à la possession de cannabis même avec une meilleure information des conséquences de cette drogue (Yacoubian, 2001).

Treloar et Fraser (2007) ont examiné les conclusions de plusieurs enquêtes d'opinion publique menées en Australie. Ils ont montré qu'entre 1998, 2001 et 2004, c'est respectivement 50%, 59% puis 55% des personnes qui sont en faveur de programme d'aide pour les toxicomanes (distribution de seringues). Dans l'ensemble, les attitudes étaient plus punitives en ce qui concerne l'héroïne que le cannabis.

En 2010, la Californie rédige la *proposition 19*, connue aussi sous le nom d'*Acte de Régulation, du Contrôle et de Taxe du cannabis*. Ce projet propose la légalisation de diverses activités liées au cannabis, la régulation par l'Etat de la production et de la vente, l'imposition et la collecte de taxes. La mesure semble populaire et perçue entre autres comme un bon moyen de renflouer les caisses de l'Etat. Pourtant, en novembre 2010, ce projet de loi est proposé au référendum et contre toute attente, il est rejeté avec 53,9% du vote populaire, contre 46,1% en faveur du « oui » (Abramsky, 2010).

Chez les enfants de 5 à 6 ans, une étude menée révèle que les connaissances de ces derniers concernant l'alcool, le tabac et les drogues ne sont pas corrélées avec l'usage qu'en font leurs propres parents. En revanche, plus de 95% des enfants sont

capables d'identifier une cigarette, 56% une boisson alcoolisée et 17% au moins une drogue illicite (Hahn, Hall, Kay Rayens, Burt, Corley & Sheffel, 2000).

En France, l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Produits Psychotropes (EROPP) permet de faire le point sur les perceptions et les opinions de la population sur les drogues licites ou illicites ainsi que sur les actions publiques menées dans ce domaine. Au cours de cette recherche menée entre 1998 et 2008, 2300 personnes âgées de 15 à 75 ans ont été interrogées par téléphone et il semblerait que la perception des Français ait évolué au cours de ces dix années. On constate en effet une plus grande appréhension vis-à-vis des produits psychoactifs. Les principales drogues connues et citées par les Français sont le cannabis ou ses dérivés (en moyenne 80% des répondants), puis la cocaïne, suivie par l'héroïne et l'ecstasy. Deux produits licites, l'alcool et le tabac, sont en sixième et septième position parmi les drogues les plus fréquemment mentionnées (Beck & Peretti-Wattel, 2000; Beck, Legleye & Peretti-Wattel, 2003). Le produit jugé le plus dangereux est l'héroïne, largement en tête devant l'ecstasy et la cocaïne, suivie par l'alcool et le tabac. Le cannabis occupe une place médiane entre cocaïne, alcool et tabac. L'accroissement de la perception de la dangerosité des drogues dans l'opinion s'observe également à travers un durcissement des opinions relatives aux seuils de dangerosité des usages. Les progressions les plus nettes sont celles relatives au tabac. En effet, alors qu'en 2002, 73% des Français estimaient que ce n'était qu'en cas de consommation quotidienne que le tabac était dangereux, 44% des personnes interrogées partagent ce sentiment en 2008. Une évolution intéressante apparaît également dans le cas du cannabis puisque la part des personnes estimant que c'est la consommation quotidienne qui crée la dangerosité a reculé passant d'un tiers des Français à un quart entre 2002 et 2008 (Costes, Le Nézet, Spilka & Laffiteau, 2010).

Concernant la prohibition en France, la majorité de la population semble y être favorable. Pour le cannabis, l'opinion des Français paraît s'être durcie puisqu'environ 75% des répondants déclarent être contre sa légalisation en 2002 et 85% en 2008 (Beck, Legleye & Peretti-Wattel, 2003 ; Costes, Le Nézet, Spilka & Laffiteau, 2010). De même, 70% des Français sont contre une légalisation contrôlée qui maintiendrait l'interdiction pour les mineurs et les conducteurs. Les répondants mettent en avant des raisons culturelles pour justifier de l'impossibilité d'interdire l'alcool et le tabac et

également pour justifier de la nécessité de maintenir le cannabis illégal. Pour 72% des Français, selon la théorie de l'escalade, le cannabis pourrait mener les utilisateurs vers des drogues plus dangereuses. Concernant la politique de réduction des risques, ici aussi on constate un affaiblissement de l'adhésion des Français aussi bien en ce qui concerne les traitements de substitution que la vente libre des seringues et les salles de consommation. Cette évolution pourrait éventuellement être reliée à celle des représentations sur les usagers. En effet, ces derniers sont plus considérés comme *responsables* de leur addiction et moins comme victimes. Aussi, les Français sont de plus en plus favorables à une approche répressive (Costes, Le Nézet, Spilka & Laffiteau, 2010).

## Arguments des défenseurs de la légalisation

Les arguments en faveur de la légalisation sont plutôt intellectuels et les débats continuent à être menés à un niveau trop abstrait pour pouvoir être réellement efficaces. Les partisans de la légalisation affirment en premier lieu que tous les problèmes relatifs à la drogue sont en réalité le fait de la prohibition elle-même. Selon cette idée, toutes les formes de politique prohibitionniste augmenteraient les problèmes tels que la violence, les maladies (VIH, hépatite), le crime organisé, la corruption (Reuter, 2009 ; Dupont & Voth, 1995). L'examen de la littérature scientifique laisse apparaître que le débat se concentre quasi exclusivement sur la réussite ou l'échec des gouvernements prohibitionnistes à enrayer le problème des drogues. En revanche, les articles qui s'intéressent aux chances de succès ou au possible échec de la légalisation sont bien plus rares (Jacobs, 1990). Toutefois, un certain nombre d'arguments en faveur de cette légalisation peuvent être répertoriés :

- ✦ La guerre des drogues menée dans la plupart des pays est un véritable échec puisqu'elle n'a pas permis d'éradiquer le problème qui est encore et toujours d'actualité (McNeece, 2003). Cette situation est la preuve que les législations actuelles sont inefficaces pour venir à bout de la drogue (Levinson, 2003). A l'inverse, les défenseurs de la légalisation estiment que les expériences de légalisation qui ont eu lieu dans certains pays sont une réussite et montrent un bilan

globalement positif (Levinson, 2003 ; Lenton, 2004). Cependant, il est évident qu'explorer les effets de la légalisation reste particulièrement complexe car de nombreuses mesures devraient être prises avant qu'une légalisation totale puisse être vraiment réalisée et ensuite étudiée.

- ✦ Les lois anti-drogues qui existent dans la plupart des pays n'ont en aucun cas diminué la demande générale des consommateurs (Levinson, 2003). De même, il semble que l'interdit génère chez les individus le désir du produit notamment chez les jeunes qui ont tendance à être attirés par la transgression (Campos, 2011).
- ✦ Des produits reconnus comme particulièrement nocifs et addictifs sont aujourd'hui autorisés à la vente comme le tabac ou l'alcool. Actuellement, les légalisationnistes affirment que ce sont bien de simples raisons culturelles qui nous poussent à accepter ces drogues et à en refuser d'autres pourtant moins nocives pour certaines.
- ✦ La guerre des drogues a largement augmenté les budgets publics (prévention, prise en charge des toxicomanes, lutte contre la criminalité). Au lieu de gâcher les ressources de l'Etat dans cette guerre, les taxes sur les produits pourraient rapporter beaucoup et augmenter les revenus du Gouvernement tout en diminuant ceux des trafiquants (Yacoubian, 2001 ; Jenner, 2011).
- ✦ Les lois contre les drogues ont favorisé la création d'un marché noir qui lui-même a augmenté la violence et le crime organisé. La longue histoire de la prohibition au Mexique montre que c'est elle qui est, au moins en partie, responsable de la violence. Seule la légalisation permettrait, en outre, la diminution de l'ensemble des marchés illicites parallèles à celui de la drogue notamment celui des humains et celui des armes (Yacoubian, 2001).
- ✦ Rendre les drogues illégales a créé ce marché parallèle qui a lui-même encouragé la corruption des décideurs politiques et des forces de l'ordre (Levinson, 2003).
- ✦ La légalisation pourrait engendrer un bénéfice important pour le système judiciaire dans son ensemble puisqu'elle libérerait un temps précieux aux fonctionnaires responsables des affaires de stupéfiants (Yacoubian, 2001). Les prisons pourraient se désengorger (Jenner, 2011) et l'argent pourrait éventuellement être utilisé pour combattre d'autres types de délits et de crimes (Levinson, 2003).
- ✦ La légalisation et la régulation du marché par une autorité permettraient de diminuer le problème majeur lié aux produits de coupe puisque la qualité des substances serait

contrôlée (Yacoubian, 2001). De même, les problèmes sanitaires tels que ceux engendrés par les échanges de seringues et le manque d'hygiène ne devraient plus être d'actualité puisque l'administration des produits se ferait dans de meilleures conditions (Levinson, 2003).

- ✦ La légalisation et la baisse des prix devraient avoir un effet minime sur les taux de consommation puisque les consommateurs actuels n'achètent pas les drogues pour leur prix (Levinson, 2003). Les effets de la légalisation sur le taux de consommation ont été observés dans plusieurs pays comme dans l'Australian Capital Territory en 1992 et dans le Sud de l'Australie en 1987. En comparant les taux de consommation de cannabis sur deux échantillons représentatifs de la population provenant de deux universités : l'une située dans l'ACT (où il est légal) et à Melbourne (où il est illégal), McGeorge et Aitken (1997) ne constatent pas de différence significatives. Cela signifierait donc qu'une plus grande disponibilité du produit, n'augmenterait pas pour autant le nombre de consommateurs.
- ✦ Selon les opposants à la prohibition, l'Etat ne doit pas décider pour ses concitoyens ce qu'ils ont le droit ou non de faire chez eux : chacun à la liberté de faire usage de son corps et de sa santé comme il le souhaite tant que cela ne nuit pas à autrui.

En réalité, appliquer une légalisation serait une véritable révolution culturelle plus qu'un simple changement de politique puisque la prohibition domine maintenant dans le monde depuis des années (Akers, 1992).

## Arguments des défenseurs de la prohibition

Les prohibitionnistes soulignent notamment le fait que leur politique protège le plus grand nombre de la consommation d'un produit dangereux et réduit ainsi les éventuelles conséquences néfastes dues à cette consommation. Les arguments en faveur de la prohibition peuvent être répertoriés comme suit:

- ✦ Les partisans de la prohibition considèrent que le tabac ou l'alcool sont déjà responsables de nombreux problèmes sanitaires. Une politique plus libérale ne ferait qu'augmenter le nombre d'usagers de produits à risques et donc la morbidité et la mortalité associées à ces consommations (Yacoubian, 2001). Le problème se



répètera pour les drogues non légalisées qui apparaîtront plus tard sur le marché ou bien qui proviendront d'autres pays (Levinson, 2003).

- ✦ La légalisation de substances aujourd'hui interdites va également augmenter tous les problèmes associés aujourd'hui à la drogue que sont la prostitution, le crime organisé et la corruption (Yacoubian, 2001).
- ✦ Avec la prohibition, on devrait faciliter une raréfaction des produits sur le marché et donc engendrer une augmentation des prix. Cette augmentation devrait permettre de diminuer la consommation en dissuadant les potentiels acheteurs.
- ✦ Pour le moment il existe une réelle désapprobation sociale concernant la légalisation : l'opinion publique ne la soutient pas (cf. chapitre précédent). Certains auteurs pensent que l'interdiction légale actuelle reflète tout simplement la désapprobation sociale qui existe à l'encontre de la plupart des drogues (Akers, 1992 ; Inciardi, 1990)
- ✦ La légalisation de la drogue dans un pays va avoir des conséquences dans le monde entier. Une légalisation isolée à un Etat ne fera qu'accroître les problèmes de trafic et de marché noir déjà existant actuellement. Et une légalisation mondiale reste impossible à envisager.
- ✦ La « théorie de l'escalade » (*Stepping-stone theory*), malgré les controverses dont elle fait l'objet, reste un argument phare puisque la consommation d'un produit psychotrope entraînerait une consommation vers des produits de plus en plus nocifs. Les défenseurs de la prohibition prônent une interdiction ferme et une répression plus stricte afin d'enrayer cette escalade. De même, la « théorie de la porte d'entrée » (*Gateway theory*) justifie la prohibition des substances dont la consommation pousserait à fréquenter des milieux marginaux et engendrerait de fait d'autres problèmes comme la délinquance, le crime et la prostitution.

## Les questions non abordées par la littérature

En réalité, comme nous l'avons précisé précédemment, il semblerait que le problème ne se présente pas sous la forme d'une opposition entre légalisation et prohibition (Boyum, 2001). Dans cette optique, certains envisagent la possibilité d'une

politique optimale qui consisterait en un équilibre entre le *laissez faire* et la prohibition. En réalité, pour répondre à ces interrogations, il convient de définir les buts à atteindre : la liberté réelle des citoyens, la réduction des violences et/ou un équilibre entre les avantages et les inconvénients (Boyum, 2001). Peu abordée dans la plupart des études à méthodologie fermée qui opposent simplement ces deux positions contraires, il s'avère que la politique en matière de drogue se conjugue en une multitude d'interrogations et de problématiques. Ces dernières concernent plusieurs domaines qui touchent l'ensemble des acteurs impliqués dans le système de législation et commerce des drogues.

A propos de la distribution et de la vente des drogues, il faut se demander quelles drogues doivent être légalisées : les douces et/ou les dures et/ou les médicaments ? Si, par exemple, ces drogues douces sont effectivement en vente libre comme le sont l'alcool et le tabac, nous pouvons imaginer que, par la suite, certains réclament alors également la légalisation des drogues dures et, de même, celle des médicaments. Dans ce cadre, peut-on réellement envisager une destruction du système régulateur des médicaments (Levinson, 2003 ; Akers, 1992) ? Pour ce qui est de la distribution et de la vente, il faut s'interroger sur l'organe qui sera responsable du contrôle des drogues : le gouvernement, une industrie privée, une organisation publique ? Peut-on envisager un contrôle des drogues comme il existe actuellement un contrôle des médicaments ? Doit-on tester chaque produit comme les médicaments avant de le mettre sur le marché ? Dans ce cas, il faut s'attendre à ce que le marché noir se développe au moins dans une certaine mesure sur les produits qui seront refusés. Concernant la vente, il faut se demander quel l'organe qui en sera responsable et également à qui iront les profits ? Jusqu'à quel point peut-on envisager de taxer les drogues sans que cela force les utilisateurs à avoir recours à un marché parallèle ou bien à rechercher de l'argent de manière illégale (prostitution, vol, violence) (Akers, 1992) ? Et, par ailleurs, où pourra-t-on se procurer le matériel nécessaire à la consommation (seringues, pipes) ? Dans le cadre d'une consommation sous-contrôle, quels seront les lieux autorisés : les lieux publics ou seulement en privé et dans quelle mesure les contrevenants seront l'objet de poursuites ?

Etant donné que chaque drogue est unique en termes d'effets médicaux, sanitaires, économiques ou sociaux, chacune engendre donc des questionnements bien

particuliers qu'il n'est pas possible d'aborder selon une vision globale qui traiterait de manière équivalente toutes les drogues ? A l'inverse, peut-on proposer de légaliser par exemple seulement le cannabis et ses dérivés ?

A propos de l'utilisation médicale de certains produits, si l'on autorise les drogues uniquement pour un usage médical, comment maintenir par la suite leur interdiction pour un usage personnel et comment gérer les probables dérives ? Si ces drogues sont accessibles sur prescriptions, comment prendre des mesures de sécurité pour leur délivrance et sur quels critères pourra-t-on prescrire une drogue à un patient ?

L'impact de la légalisation des drogues sur le nombre de consommateurs se verra probablement sur le long terme. Dans ce cadre, quels seront donc les risques chez les jeunes de demain et pour les générations futures ? Quel pourrait être l'âge limite d'achat et de possession d'une drogue ? Si les drogues sont légales et se normalisent, quelles sont les chances de convaincre les jeunes de ne pas y toucher ? Si les drogues sont autorisées pour les adultes et interdites chez les adolescents, comment empêcher la création d'un certain marché noir à destination des jeunes générations ?

Les derniers questionnements ne sont pas les moindres puisqu'ils concernent la responsabilité légale des fabricants et de l'Etat ainsi que celle des consommateurs. En dehors des quelques procès menés dans le cadre du tabac, ce débat n'a jamais été abordé en profondeur et demeure intact pour le moment. Pourtant les détaillants en drogues pourraient craindre une responsabilité pour surdosage, empoisonnement ou accident. Peut-on résoudre simplement le problème en mettant par exemple des étiquettes d'avertissement sur les paquets ou en offrant l'immunité statutaire aux détaillants ? Dans ce même cadre, quelle serait la responsabilité du Gouvernement ? Est-elle inversement proportionnelle à la responsabilité du consommateur lui-même ? A partir du moment où l'Etat autorise les drogues, est-ce que sa responsabilité doit s'en trouver augmentée ? Cette question ouvre un nouveau champ de travail qui, comme nous allons l'étudier avec notre seconde étude, s'intéresse à la responsabilité de l'Etat dans le cas où la consommation de substances va mener à un problème grave de santé.

## CONCLUSION

A travers toute l'histoire de l'humanité, toutes les cultures et tous les pays ont usé et abusé de la drogue : cette dernière a été utilisée pour diverses raisons essentiellement religieuses, médicales ou simplement pour le plaisir. Aujourd'hui, la prise de conscience de l'échec des politiques de prohibition menées depuis 1970 devient planétaire. Les chiffres sont éloquentes. En France par exemple, les lois sont particulièrement répressives et pourtant nous sommes parmi les plus gros consommateurs de drogues illicites. Pour le cannabis, le pays a repris la première place du classement des pays consommateurs et retrouve sa consommation des années 2000. Pour l'alcool, c'est un retour parmi les dix premiers pays et pour le tabac, la situation se dégrade aussi puisque la France arrive désormais au sixième rang mondial.

Loin d'avoir les effets escomptés, la lutte antidrogue a, en réalité, généré le développement d'un gigantesque marché noir financé par les bénéfices des drogues, mais aussi l'augmentation de la violence, du crime organisé, des problèmes de corruption, le tout associé à une forte instabilité politique. Sans mettre fin au problème de l'approvisionnement, elle a simplement entraîné un déplacement géographique des régions de production dans le but de contourner les mesures répressives. Aujourd'hui, les chiffres de consommation sont en constante augmentation et les toxicomanes font l'objet d'une stigmatisation et même d'une exclusion sociale dans certains Etats. Il est donc légitime de s'interroger sur l'acceptabilité des moyens et des politiques mis en œuvres par les Etats telles qu'elles sont perçues par les citoyens aujourd'hui.

En réalité, 50 ans après la création de la Convention Unique des Nations Unies sur les Stupéfiants, 40 ans après le lancement de la guerre contre la drogue, il est urgent de réétudier objectivement les politiques antidrogues à l'échelle nationale et internationale. Même si les décideurs comprennent que les stratégies actuelles sont inadéquates, aucune autre solution n'est étudiée en profondeur. Pourtant, éviter la question pourrait être considéré comme l'abandon volontaire d'une part importante de responsabilité politique en matière de santé. Il est donc pertinent ici de s'interroger sur les conditions de la responsabilité de l'Etat dans le cas où un événement de santé négatif se produit suite à une consommation de substances addictives.

# **RESPONSABILITE PERCUE ET ROLE DE L'ETAT CONCERNANT LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES**

---

Chacun est responsable de sa santé et donc, pour partie au moins, des maladies qui peuvent l'affecter. Ainsi, chacun est libre de prendre des risques par son mode de vie, ses comportements, ses choix mais avec certaines limites. On n'a pas le droit d'altérer la santé d'autrui ou l'environnement, et chacun a la responsabilité civique de ne pas gaspiller les ressources collectives. Ainsi, la santé est en elle-même une notion individuelle mais elle porte aussi un intérêt collectif. Ceci engendre la nécessité du rôle régulateur de l'Etat sur trois points principaux : au niveau de la protection, au niveau de la prévention et de l'aide aux populations fragiles et enfin au niveau de la gestion du système de soins. Dans le cadre de la consommation de substances licites, l'Etat se doit de faire une prévention. Dans la mesure où une information compréhensible et suffisante est donnée, chacun a la responsabilité de solliciter les contrôles nécessaires et de prendre les dispositions qui conviennent pour se protéger. Ainsi existe-t-il de multiples intrications de responsabilités qui évoluent avec les connaissances sur le sujet. Dans ce cadre, la possibilité pour l'Etat de tirer bénéfice de la commercialisation d'une substance telle que le tabac est-elle acceptable à partir du moment où les dangers pour la santé sont démontrés ? L'importance du risque que représentent les cancers pour la santé individuelle et collective impose que les responsabilités soient prises à tous les niveaux de façon cohérente et dynamique.

C'est ce concept de responsabilité de l'Etat dans le cadre de la consommation de substances que nous allons donc examiner dans une seconde étude. Pour commencer, nous allons décrire ce que renferme le concept de santé. Nous aborderons ensuite le concept de responsabilité et nous verrons comment se conjuguent ces deux notions. Nous tenterons de saisir comment les personnes perçoivent certains risques pour la santé et nous prendrons plus particulièrement appui sur l'exemple éloquent du tabagisme en France.

# RESPONSABILITE EN MATIERE DE SANTE ET ESTIMATION DES RISQUES

Deux éléments majeurs ont favorisé le développement d'un intérêt croissant pour les problématiques relatives à la santé et aux risques sanitaires. Tout d'abord, la prolifération des technologies de haut niveau qui a donné naissance à de nouveaux risques directement liés à l'industrialisation des sociétés. Et ensuite, le fait que la population générale a maintenant tendance à s'impliquer de manière plus active dans le domaine de la santé.

## La santé, préoccupation sociale majeure

La *santé* est, avec la famille, une des deux préoccupations les plus importantes dans la vie pour près d'un Français sur deux (Costes & Adès, 2010). Aussi, le Gouvernement s'est donc progressivement investi dans cette véritable mission sociale puisque, comme nous l'avons dans notre premier chapitre, le rôle de l'organisation et de la gestion du système de santé revient à l'Etat.

Il faut rappeler que le concept de santé a évolué graduellement et s'est enrichi sous l'influence des diverses avancées médicales, psychologiques et sociales. Auparavant, dans la perspective biomédicale, la santé se définissait seulement comme l'absence de maladie et, par conséquent, cet état était simplement considéré comme le contraire de la maladie. Cette définition est aujourd'hui obsolète et l'Organisation Mondiale de la Santé en propose une plus complète selon laquelle

*« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 1948).*

Cette définition est large et, par conséquent, les risques susceptibles de menacer d'une façon ou d'une autre notre santé sont nombreux. C'est elle qui met en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques des individus. Il s'agit donc de la protéger afin de sauvegarder sur le plan fonctionnel, cette ressource qui

permet de mener une vie productive aux niveaux individuel, social et économique (OMS, 1999).

Comme nous l'avons vu dans notre précédente partie, avec l'industrialisation et la modernisation incessantes de nos sociétés, sont apparus de nombreux risques jusque là inconnus. Ces derniers ont des effets aussi bien directs qu'indirects sur la santé humaine. De plus, la population a pris conscience ces dernières années, qu'il était nécessaire qu'elle s'implique activement dans les dossiers de santé publique qui la concernent. Ces nouvelles attentes quant à la santé publique mondiale ont été mises en mots par les dirigeants. La première fois, la Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé réunie à Ottawa en 1986, a défini la promotion de la santé comme suit:

*« Un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (WHO, 1986).*

Suite à cette charte, les actions internationales se sont multipliées pour être toujours au plus près des besoins mondiaux. Ainsi, furent successivement soulignées l'importance de créer des milieux favorables à la santé lors de la Déclaration de Sundsvall (WHO, 1991), l'influence de l'environnement (WHO, 1997), l'importance du support social comme facteur de protection (WHO, 2000). Enfin en 2005, la Charte de Bangkok mettait en avant la nécessité d'une approche responsable partagée, tenant compte de la mondialisation (WHO, 2005). Aujourd'hui, la santé est appréhendée comme une expérience subjective et singulière mettant en cause l'individu dans sa globalité. Cette même Conférence d'Ottawa (WHO, 1986) précise que la santé est :

*« La mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ».*

Il s'agit donc d'un processus dynamique où promotion de la santé, prévention et éducation jouent des rôles complémentaires. En effet, la santé peut être considérée

comme un *capital* dont chacun dispose et que nous devons apprendre à gérer pour mieux le protéger et le développer. Désormais, il ne suffit plus d'être en bonne santé, il faut aussi entretenir et développer son *capital santé* et pour cela adopter des attitudes adéquates telles que manger équilibré, pratiquer un sport, faire régulièrement des bilans sanguins... Aujourd'hui, cette notion de *capital santé* est reprise à de multiples occasions par les publicitaires et fait finalement partie du vocabulaire collectif. Ce capital doit être non seulement préserver mais aussi et surtout développer. Cela implique de mener une démarche personnelle et active, en faisant des choix au sujet de ses habitudes de santé, en matière de comportements à risques, de pratiques sanitaires et en matière d'accès aux soins. Dans ce cadre, le champ de la médecine préventive ne cesse de s'étendre et le rôle des politiques de santé publique mises en œuvre par nos dirigeants est fondamental. Ainsi, l'individu, d'une part, et la collectivité, d'autre part, ont chacun un rôle à jouer et une part de responsabilité à assumer dans le maintien de ce *capital santé*.

## Attribution causale et comportements de santé

Quelle que soit la culture, santé et maladie, comme individu et société sont toujours liés. Ainsi la maladie et tout évènement/comportement de santé au sens large constituent des phénomènes culturels majeurs qui amènent l'individu à tenter de les expliquer et les comprendre. Une théorie prend toute son importance ici : c'est *la théorie de l'attribution*. Les attributions font en effet partie de notre quotidien et ont pour but d'expliquer pourquoi un évènement a eu lieu. Elles peuvent porter sur nos comportements ou ceux d'autrui ou sur un évènement. L'explication donnée correspond à la cause perçue d'un comportement. Dans ce cadre, on distingue notamment les causes internes (dépendantes du sujet) versus les causes externes (dépendantes du milieu). Depuis sa formulation originale par Heider, la *théorie de l'attribution* a été développée et les caractéristiques des attributions ont été décrites de façon plus sophistiquée. Brickman et al. (1982) ont également distingué les attributions faites aux causes du problème et les attributions faites aux solutions de ce problème.



Afin de mieux comprendre la complexité des attributions en santé, il faut d'abord saisir ce qu'est un comportement lié à la santé. Ainsi, il faut se concentrer non pas sur les raisons qui justifient l'action mais sur les répercussions de cet acte sur la santé. A titre d'exemple, personne a priori ne consomme du tabac pour des raisons de santé. En revanche, cette consommation est un comportement ayant des conséquences majeures sur la santé. Ainsi, un comportement lié à la santé est un acte qui a une influence directe sur la santé et cela, quels que soient les motifs personnels qui sous-tendent ces comportements. *La théorie de l'attribution* a donc été appliquée au domaine de la santé qui nous intéresse ici afin de mieux comprendre les causes explicatives de la santé et celles des maladies. Toutefois, la revue de littérature concernant ce domaine d'étude montre que ce type de question a été très peu traité empiriquement. Quand il a été traité, il l'a généralement été en employant des méthodologies qualitatives dont les résultats ne sont donc pas généralisables. Lawton, Ahmad, Peel et Hallowell (2007), par exemple, ont étudié la façon dont des Anglais et des Asiatiques souffrant de diabète percevaient les causes de leur maladie. Ils ont constaté que les Anglais percevaient et déclaraient essentiellement des causes internes (ex : leur propre style de vie) alors que les Asiatiques déclaraient essentiellement des causes externes (ex : le fait d'avoir migré et de vivre à Londres). En réalité, il existe différents types d'attributions. Nous pouvons citer ici les attributions causales, les attributions dispositionnelles et les attributions de responsabilité. Ce dernier type d'attributions est directement en lien avec notre présente recherche. Voyons donc ce que signifie le terme de responsabilité et comment il peut s'appliquer au domaine de la santé.

## Concept de responsabilité : définition et historique

Le mot responsabilité est apparu assez récemment dans la langue française et date de la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle. Etymologiquement, il provient du latin « *respondere* » qui signifie « *répondre, être garant de* ». Cette étymologie apporte déjà un éclairage sur la signification de ce terme qui pourrait être défini comme l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes et d'en supporter toutes les conséquences. En outre, la responsabilité tient compte du statut, des charges et du rôle que doit assumer le sujet, induisant ainsi le respect de certaines obligations, de certains engagements ou certains

devoirs. Elle peut renvoyer à l'obligation ou la nécessité de réparer un dommage causé soit par son propre fait soit par le fait de personnes dont on est garant (CNRS, 2004). Le mot responsabilité signifie donc : devoir répondre de ses actes ou de ceux de quelqu'un d'autre, toutes circonstances et toutes conséquences comprises c'est-à-dire d'en assumer l'énonciation, l'effectuation, et par suite la réparation, voire la sanction. Le jugement de responsabilité renvoie à des domaines théoriques très divers tels que le droit, l'éthique ou les religions ; domaines au sein desquels la responsabilité se heurte à plusieurs autres concepts auxquels elle est souvent assimilée à tort comme la faute, la culpabilité ou la sanction. Il faut aujourd'hui penser autrement les conditions de l'exercice de la responsabilité et notamment, depuis qu'il intéresse les chercheurs en psychologie sociale. La responsabilité n'est pas seulement un fait, c'est une véritable valeur sociale qui est appelée à orienter l'action des individus dans la société, en fixant des buts et des normes.

La **responsabilité individuelle** est un concept qui date de l'Antiquité. A cette époque, la notion suggère de manière stricte que chaque individu est responsable de tous les actes dont il a pris l'initiative. Ce qui compte, c'est le fait d'agir et, à partir de ce moment là, la responsabilité de l'auteur ne fait aucun doute quelles que soient les circonstances extérieures et l'état du sujet au moment des faits. Le concept fait l'unanimité chez tous les penseurs du moment. Pourtant, au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, une idéologie va peu à peu remettre en question cette notion : *le déterminisme*. Selon cette idéologie, l'être humain ne jouit pas vraiment de son libre arbitre et de ce fait, il ne peut être considéré comme totalement responsable de ses actes. Le déterminisme serait à la fois extérieur (conditions du milieu social, physique...) et intérieur (histoire du sujet, valeurs de référence...). C'est dans ce contexte qu'est née la notion de **responsabilité collective** et, en parallèle, dans de multiples domaines, les questionnements adjacents sur ce qui incombe à l'individu et ce qui incombe à la société en matière de responsabilité.

Dans le cadre de la santé qui nous préoccupe ici, certains comportements individuels ou collectifs, comme faire de l'activité physique, préserver l'environnement et manger sainement peuvent favoriser une bonne santé. En revanche, nous savons que des conduites comme le tabagisme, l'abus d'alcool et l'usage de drogues illicites peuvent avoir des effets néfastes sur la santé. S'il appartient à chacun de choisir

d'adopter ou non des comportements sains pour se protéger, l'Etat conserve toutefois une responsabilité dans le maintien de la santé qui se traduit notamment par un rôle d'éducation, de prévention, d'accompagnement et d'aide.

## Responsabilité individuelle et collective en matière de santé

Dans le cadre de la santé des personnes, les questions de responsabilité sont au centre du débat médical aujourd'hui et les pouvoirs publics ont monté des systèmes complexes de sécurité sociale et d'assurances pour établir une sorte d'égalité devant la maladie. Ainsi, le financement des prestations de santé dans nos pays est assuré en majorité par des mécanismes collectifs (budgets publics et primes d'assurance-maladie/sécurité sociale). Lors du sondage IFOP réalisé en 2005, l'opinion des Français sur la responsabilité de la préservation du capital santé restait plutôt partagée. En effet, 73% des répondants pensaient que la santé devait être entretenue et rester sous vigilance de l'individu lui-même. Toutefois, près de 50% des personnes avaient attribué la maladie à la malchance et donc excluaient la possibilité d'une responsabilité individuelle.

Il faut bien comprendre que si chacun doit respecter certaines limites pour ne pas altérer la santé ou l'environnement, tout individu garde en tant que sujet, la liberté de prendre des risques pour lui-même par son mode de vie. Bien que chacun reste ainsi responsable pour partie au moins, des maladies qui peuvent l'affecter, l'Etat garde cependant un rôle régulateur en ce qui concerne la santé. Responsabilité individuelle et collective en matière de santé peuvent donc se décliner en plusieurs points.

La **responsabilité individuelle** ne fait aucun doute puisque :

- ✦ L'individu est responsable de ses choix de vie et donc de ses comportements et attitudes et ainsi des conduites à risques qu'il choisit d'adopter.
- ✦ Aujourd'hui, l'information et l'éducation à la santé sont des priorités des pouvoirs publics et des organismes de santé publique. De ce fait, l'individu ne peut pas se prétendre non informé notamment en ce qui concerne la consommation de substances addictives.

- ✦ Les mesures coercitives mises en place par l'Etat pour lutter contre les risques de certains comportements tels que la consommation de drogues renforcent la responsabilité de l'individu. Aussi, en choisissant de transgresser un interdit l'individu prend volontairement et, a priori, en toute connaissance de causes, des risques pour sa santé ou celle des autres

Si la santé est une notion individuelle, elle porte également en elle-même un intérêt collectif, qui engendre la nécessité du rôle régulateur de l'Etat. La **responsabilité de l'Etat** s'exprime alors en plusieurs points :

- ✦ Les pouvoirs publics sont responsables de la protection de l'environnement (pollution de l'air et de l'eau, hygiène dans l'alimentation, dans l'eau) et ce thème est d'ailleurs un des points d'effort majeur des décideurs politiques.
- ✦ L'Etat doit mener des campagnes d'information, de sensibilisation, d'éducation pour prévenir la population de la nocivité et du danger de l'usage des produits qu'ils soient licites ou illicites. De même, les comportements à risques doivent être identifiés et dénoncés par l'Etat notamment auprès des populations à risques comme les jeunes.
- ✦ L'Etat est responsable d'organiser des dispositifs de soins et de prévention permettant les dépistages et les soins nécessaires au maintien du capital santé. Ainsi, dans le cadre de la consommation de drogues, le suivi des individus doit leur permettre d'envisager une prise en charge en tant que « malades ».
- ✦ L'Etat doit rendre ce dispositif de prévention/soin accessible à tous. Pour cela, il doit lutter contre les inégalités économiques et culturelles qui restent l'obstacle principal à la prise en charge de sa santé.
- ✦ Enfin, l'Etat a pour rôle de gérer et d'organiser au mieux l'ensemble du système de soins du pays.

Comme nous allons le voir dans le chapitre suivant, plusieurs études s'intéressent notamment à la responsabilité individuelle dans le cadre de la dépendance à une substance, mais ce sujet fait encore aujourd'hui l'objet de débats. A contrario, la responsabilité collective lors de la consommation de drogues est quasiment absente de la littérature scientifique.

N.B. : Pour éviter toute confusion, notons ici l'existence d'une responsabilité spécifique dans le cadre de la santé : le cas particulier de la responsabilité médicale des professionnels de santé et des établissements hospitaliers. Elle se définit par sa complexité et se situe à la frontière du juridique et du médical. Elle est l'objet d'une évolution très rapide ces dernières années puisque l'une des caractéristiques de notre civilisation moderne est la prise en charge collective des dommages individuels même en matière de santé. Dans ce cadre, la prise en charge est souvent juridiquement envisagée sous l'angle de la responsabilité. En mars 2002, la loi Kouchner a permis de définir précisément le cadre de la responsabilité médicale ainsi que les droits des patients en matière de santé.

## Responsabilité en matière de dépendance

Dans le cadre de l'attribution de responsabilité d'un comportement lié à la santé, il faut s'intéresser aux facteurs en jeu dans la genèse de ces comportements. Plusieurs modèles traitant des déterminants des comportements de santé soulignent que les croyances contribuent aux comportements de santé par le biais de la perception de la gravité, des bénéfices et coûts, de ses propres ressources et de sa vulnérabilité personnelle. En effet, l'évaluation que l'individu réalise de ses capacités à faire face à une situation donnée et la croyance que les événements dépendent ou non de facteurs internes ont une influence importante sur les comportements en santé et sur les attributions de responsabilité qu'il fera par la suite. Depuis quelques décennies, de nombreux travaux tentent de modéliser les processus qui conduisent l'individu de sa perception de la situation et de ses propres capacités jusqu'au comportement lié à la santé. Il existe plusieurs modèles qui traitent des comportements et croyances en santé tels que la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977, 1997), le modèle des croyances en santé (Becker & Rosenstock, 1987), la théorie de l'action raisonnée (Fischbein & Ajzen, 1975) et la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991). Sans les détailler car nous voulons ici nous concentrer uniquement sur la responsabilité de l'Etat, notons que ces modèles ont introduit des concepts phares dans la compréhension de l'attribution de responsabilité tels que la vulnérabilité perçue (Janz & Becker, 1984), l'autoefficacité (Bandura, 1997 ; Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000 ; Norman, Bennett & Lewis,

1998). Dans le cadre de la consommation de drogue par exemple, un sujet cesserait de se droguer parce que, conscient de sa vulnérabilité cardiaque héréditaire, il sait que ce comportement menace directement sa santé. Cet arrêt dépendra également de son entourage mais aussi et surtout de la vision du sujet sur les raisons de son addiction et les capacités à en venir à bout efficacement. Est-ce une maladie dont il n'est finalement pas directement responsable ou est-ce un acte/choix dont il est le seul fautif ?

Un nombre important d'articles scientifiques se penche sur cette question centrale : la dépendance est-elle une maladie et jusqu'à quel point pouvons nous tenir les personnes dépendantes responsables de leurs actes ? Selon les auteurs qui ont étudié cette question, l'addiction est vue soit comme une véritable maladie cérébrale (Leshner, 1997; McLellan et Lewis, O'Brien & Kleber, 2000), soit, pour d'autres, comme une condition morale résultant d'un choix dépendant du sujet ou de son milieu (Satel, 1999), ou enfin comme une combinaison des deux (Morse, 2004). La dépendance comme maladie fait l'objet d'un vaste consensus historique comme en témoigne les actuelles définitions d'abus, de dépendance ou de toxicomanie. Selon ces dernières, les symptômes sont bien typiques ainsi que le parcours du *malade* qui comprend des évolutions ainsi que des rechutes. Enfin, comme toutes maladies, la dépendance est influencée par un certain nombre de facteurs de risques tel que le sexe masculin ou les antécédents familiaux (Hyman, 2007). Certains pensent que les gènes jouent un rôle central dans la vulnérabilité aux addictions (Goldman, Oroszi & Ducci, 2005) et même dans la vulnérabilité à la nicotine (Wayne, Hall, Coral, Gartner & Carter, 2008).

Si la dépendance est effectivement considérée comme une maladie, on comprend aisément que cela diminue d'autant la stigmatisation des personnes dépendantes. Dans le même temps, cela facilite leur accès aux traitements médicaux puisqu'en tant que malades, ils ne sont plus responsables de leur addiction, mais victimes de leur maladie. Cette conclusion est assez dangereuse dans la mesure où elle peut faire craindre que les personnes ainsi déresponsabilisées ne fassent plus d'efforts volontaires pour suivre un traitement et pour se conformer aux attentes de la société. Selon ce point de vue, la responsabilité individuelle est minimisée au profit de celle des acteurs de soins et de l'Etat. A contrario, d'autres auteurs suggèrent qu'il s'agit non pas d'une maladie, mais d'une situation choisie par le sujet. Un argument de cette position tient dans le fait que la consommation de substances nécessite toute une série d'actes

volontaires, de planifications et d'adaptations successives et non des actes simplement impulsifs (Hyman, 2007). Dans cette perspective, la responsabilité individuelle est bien plus en avant que celle de la collectivité.

Les études réalisées auprès du grand public en ce qui concerne la responsabilité dans le cadre de la dépendance se résument la plupart du temps à des sondages d'opinion sans bases scientifiques solides. Toutefois, nous pouvons citer quelques recherches sérieuses qui se sont intéressées au sujet. Plusieurs comparent ainsi les stéréotypes et l'acceptation de dépendants à l'alcool à d'autres maladies (épilepsies, Alzheimer, diabète...). Ces études font le constat commun que les sujets alcooliques sont moins bien vus que les autres malades : ils seraient ainsi plus facilement rejetés et tenus comme beaucoup plus responsables de leur état (Schomerus, Michael, Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta & Angermeyer, 2010). Des études contradictoires concernent l'effet du sexe dans l'attribution de responsabilité : selon Kauffman, Silver et Paulin (1997), les femmes auraient plus tendance à attribuer la dépendance à des facteurs biologiques ou environnementaux. Hatgis, Friedman et Wiener (1977) ont mené une étude où des scénarios faisaient varier le sexe de l'utilisateur de drogues ainsi que la substance consommée. Au contraire, pour eux, aucun effet du sexe (du répondant comme de l'utilisateur) n'a été mis en évidence. La littérature scientifique internationale où l'on évoque la stigmatisation éventuelle des fumeurs se réduit pour l'essentiel à quelques articles. Ces derniers montrent que les actions antitabac peuvent, entre autres, avoir pour effet de créer une certaine discrimination envers les fumeurs : la plupart des publications observent que l'environnement devient plus négatif envers l'utilisation du tabac et envers les fumeurs suite à ces campagnes. Dans le cadre spécifique du tabagisme, il apparaît que les fumeurs sont tenus généralement comme responsables de leur dépendance (Kuppin & Carpiano, 2006).

## Processus en œuvre dans la perception des risques en matière de dépendance

De nombreuses études épidémiologiques ont montré les relations directes et objectives entre risques pour la santé et certaines conduites. Cela ne signifie pas

pourtant que ces conduites à risque sont évitées par tous. Même en connaissance de cause, ce qui reste fondamental et déterminant, c'est l'attitude adoptée par chacun face à ces conduites à risque. Les campagnes de prévention ont ici une importance capitale. En définitive, l'évaluation propre et personnelle que fera le sujet du risque pour lui-même, de ses capacités, de sa vulnérabilité vont déterminer s'il s'en protégera ou non. Dans ce cadre, les apports de la psychologie à propos de l'identification, l'évaluation, la prévention et la gestion des risques sont riches et nombreux. Cette discipline permet en effet d'étudier le risque dans une perspective comportementale. Dans ce cadre, elle met l'accent sur le rôle du sujet en tant qu'acteur agissant dans un milieu social et culturel donné.

L'étude de Hermand, Karsenty, Py, Guillet, Chauvin, Simeone, Muñoz Sastre, & Mullet, (2003) menée sur le modèle de celle de Slovic et al (1987) nous montre que les principales préoccupations des Français en terme de risques pour la santé concernent notamment un certain nombre de substances telles que l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy, ainsi que le tabac. Nous pouvons donc dire avec certitude que la population jugera qu'un sujet qui consomme des drogues dures ou du tabac court plus de risques pour sa santé que celui qui n'en consomme pas. Mais au delà de cette simple constatation, il faut se pencher sur un certain nombre de questions plus précises dans l'estimation de ces risques. Dans la population générale, quels facteurs influencent le degré de risque perçu d'une telle consommation ? La fréquence de consommation ? L'association avec une autre substance comme l'alcool ? Comment se combinent ces facteurs ?

Certaines recherches s'appuient sur le paradigme cognitif et la méthode issue de la théorie fonctionnelle de la cognition d'Anderson pour étudier cette perception par le grand public de certains des risques sanitaires. Ces travaux s'intéressent à la consommation de tabac (Munoz Sastre, Mullet et Sorum, 1999) et/ou d'alcool (Hermand, Mullet & Lavieville, 1997 ; Munoz Sastre, Mullet & Sorum, 2000), les relations sexuelles non protégées (Simeone, Hermand & Mullet, 2001), le cas de certaines maladies contagieuses comme l'hépatite C (Munoz Sastre, Baqc, Mullet & Sorum, 2002 ; Munoz Sastre, Monsirmen, Morin, Presutto, Séguéla, Vinel, Mullet & Sorum, 2006). Nous allons détailler ici les études liées à notre sujet : la dépendance.



### *Estimation des risques liés à la consommation d'alcool*

Dans l'étude de Munoz Sastre, Mullet et Sorum en 2000, l'objectif était de voir comment les personnes évaluaient le degré d'ébriété suite à la consommation d'alcool. Les participants ont dû répondre à un questionnaire de 64 scénarios décrivant des situations caractérisées par trois paramètres : nombre de verres, type de boisson et distance par rapport au repas. Pour chaque situation il s'agissait d'indiquer le degré d'ébriété. Un échantillon de 143 adultes de 19 à 65 ans, vivant en France a répondu au questionnaire. Les participants ont globalement bien répondu pour ce qui est de la combinaison des effets. Les buveurs et les non buveurs ont utilisé des règles différentes dans leur jugement. En revanche, ils ont indiqué, à tort, qu'à de forts niveaux de consommation, les effets diminuent. Ce dernier résultat a des implications cliniques intéressantes puisque cette croyance pourrait engendrer comme conséquence une absence de motivation à diminuer leur consommation chez les gros buveurs.

### *Estimation des risques liés à la consommation d'alcool et de tabac*

L'étude d'Hermand, Mullet et Lavieville en 1997 cherche à évaluer comment la population perçoit l'effet combiné de la consommation d'alcool et de tabac sur les risques du cancer. Les participants ont répondu à un questionnaire pour évaluer le risque du cancer dans différentes situations associant consommation de tabac et consommation d'alcool. Un échantillon de 64 adultes français a participé à l'étude.

Une contradiction totale apparaît entre les réponses aux questions de connaissance et la tâche d'intégration de l'information. Dans ces dernières, les adultes français considèrent qu'un seul des deux comportements suffit à entraîner un risque maximal pour la santé. Par ailleurs, contrairement aux données médicales, les répondants pensent que les effets des substances se combinent selon une règle disjonctive. Cette vision erronée peut avoir des conséquences concrètes. Par exemple, un gros fumeur pourrait ne pas réduire son éventuelle consommation d'alcool s'il considère que cette diminution n'aura pas d'incidence sur le risque de cancer.

Une autre étude de Bonnin-Scaon, Lafon, Chasseigne et Mullet en 2002 a examiné l'effet d'un apprentissage sur les évaluations relatives aux consommations de

tabac et l'alcool et le risque du cancer de l'œsophage. Les 65 adultes français ont tout d'abord jugé le risque du cancer dans des scénarios associant les combinaisons de cinq niveaux de consommation de tabac et cinq de vin. Ils ont fait ces jugements avant et après qu'on leur ait montré le risque réel pour chaque scénario. Dans la deuxième expérience, 35 adultes français ont subi le même test et ils ont été réévalués un mois plus tard.

Il apparaît qu'avant les sessions d'étude, les participants ont utilisé une règle additive pour combiner le risque perçu du cancer avec le fait de fumer et de boire. Après seulement une session de formation, ils ont été capables de changer leur règle de jugement et d'utiliser une règle multiplicative compatible avec la réalité médicale. Pour un tiers des personnes ce résultat a persisté un mois. Cette étude prouve qu'il est donc utile de corriger les personnes quant à leur estimation des risques pour la santé, mais également de renouveler l'information régulièrement pour maintenir un niveau de connaissance utile.

### *Estimation des risques liés à la consommation de tabac*

Une étude de Munoz Sastre, Mullet et Sorum (1999) a examiné le degré de risque perçu d'avoir un cancer en fonction de différentes situations de consommation de tabac. Les participants ont dû répondre à un questionnaire présentant diverses situations de consommation de tabac. Un échantillon de 155 personnes de 15 à 80 ans a répondu au questionnaire.

Les sujets perçoivent que le risque d'avoir une pathologie augmente quand la consommation augmente, mais leur jugement est faussé pour les hauts niveaux de consommation. En effet, dans ce cas, les participants considèrent que les cigarettes additionnelles n'augmentent pas le risque de maladie. Cette constatation ne correspond absolument pas à la réalité et cette manière de percevoir les risques peut engendrer des conséquences néfastes par exemple sur les motivations à diminuer sa consommation de tabac chez les gros fumeurs. Une étude de Grémy, Halfen, Sasco et Salma (2002) en Île-de-France, a montré également que les connaissances des personnes sur le tabac sont globalement imprécises et incomplètes avec une minimisation des risques, une sous-

estimation de la mortalité ainsi qu'une minimisation des bénéfices de l'arrêt chez les fumeurs.

Pour résumer, dans ces travaux concernant les risques pour la santé des addictions, les études montrent l'écart parfois surprenant qui existe entre risque objectif et risque perçu. Dans le cas du tabac, les statistiques médicales sont pourtant alarmantes et font apparaître un élément important selon lequel plus la quantité de tabac consommée est importante, plus le risque de développer un cancer augmente. Dans le cadre du tabac, Munoz Sastre, Mullet et Sorum (1999) nous ont montré que les populations utilisent mal les informations de prévention à leur disposition et n'ont pas conscience du réel danger pour leur santé.

Les derniers des travaux que nous venons de citer témoignent de la possibilité d'étudier les règles de jugement des personnes avec précision. Par ailleurs, aux vues des résultats obtenus, il apparaît que la prise en compte de ces données est une réelle nécessité pour mieux comprendre et donc agir efficacement sur la perception des risques pour la santé du public. En réalité, tout risque doit être considéré au regard de l'écart qui existe entre risque objectif et subjectif. L'Etat doit donc s'appuyer sur les arguments scientifiques à sa disposition pour mener des actions de prévention efficaces. Voyons donc comment les citoyens estiment l'efficacité et la pertinence des actions de l'Etat en matière de santé.

## Opinion du grand public sur le rôle de l'Etat en santé

Dans le cadre de l'opinion du public sur le rôle de l'Etat en santé, il faut citer les résultats de l'enquête du Baromètre santé 2011. Dans cette étude, on retrouve, selon les pays, une assez large disparité d'opinions que ce soit sur le système de santé proprement dit, l'égalité d'accès aux soins, la compétence des médecins et la confiance dans les autorités sanitaires. Si nous nous focalisons sur les résultats spécifiques à notre pays, nous pouvons voir que les Français accordent une grande importance à leur santé. Ils estiment en effet qu'ils ont le besoin et surtout le droit de vivre vieux et en bonne santé, d'être protégés contre les maladies et les accidents et de recevoir des soins appropriés.

Ils considèrent que l'Etat doit leur fournir des informations et ils ont des attentes particulières quant au rôle de l'Etat dans le domaine de la santé. 58% des Français ont une bonne opinion de l'Etat dans ce domaine. En revanche, on s'aperçoit que seulement 48% des Français ont déjà entendu parler des programmes de surveillance de la santé tout au long de la vie comprenant les consultations de prévention et le suivi annuel personnalisé. Un autre point spécifique montre que, depuis quelques années, les Français redoutent la pénurie de médecins généralistes, ce que l'on explique traditionnellement par le *numerus clausus* maintenu par les pouvoirs publics. Dans l'enquête Baromètre santé 2007 (Ménard, Girard, Léon, & Beck, 2008) qui s'intéresse spécifiquement aux risques liés à l'environnement, les Français se disent plutôt bien informés sur les risques sanitaires liés à l'environnement. En revanche, ils ne sont pas pour autant satisfaits de l'information dont ils disposent. En effet, plus d'un Français sur deux se déclare insatisfait à ce propos.

Les études relatives à l'opinion du grand public sur la responsabilité de l'Etat en santé restent rares et divergentes et confirment la légitimité de s'intéresser à la manière dont les personnes issues de la population générale jugent de cette responsabilité. Nous pouvons citer ici quelques rares travaux, qui, ces dernières années, se sont focalisées sur le tabac mais dont les résultats sont assez hétérogènes. Dans une étude en Pennsylvanie, Batra, Patkar, Weibel, Pincock, & Leone (2002) montrent que plus de 80% des répondants se sont dits préoccupés par le problème du tabac chez les adolescents, mais seulement 46% pensent que le Gouvernement doit s'impliquer d'avantage. Si 80% des personnes pensent que l'Etat a la responsabilité de s'impliquer de manière concrète dans les actions anti-tabac, 28% s'opposent aux lois interdisant de fumer dans les établissements fréquentés par les jeunes. Ainsi, malgré leur préoccupation évidente envers le tabac des adolescents, beaucoup considèrent que cette consommation relève de la liberté personnelle et, de ce fait, ils ne tiennent pas l'Etat pour responsable. Une autre étude de Von Bothmer et Fridlung (2001) conclut que la responsabilité de l'Etat vis à vis du tabac est perçue différemment selon les catégories de personnes interrogées. Ainsi, les adolescents tiennent les parents comme principaux responsables, les parents tiennent l'école comme responsable et le personnel scolaire responsabilise plus les éducateurs de santé.

## EXEMPLE DU TABAGISME

Première cause de mortalité évitable dans notre pays, le tabagisme est à l'origine de 73 000 morts par an en France et coûte, selon une estimation basse, 12 milliards d'euros à la collectivité. Pourtant, il semblerait que les risques pour la santé soient encore gravement sous-estimés par les Français. Un rapport de la Cour des Comptes de décembre 2012 explique ce phénomène par le peu de moyens alloués à la communication (dix fois inférieurs à ceux consacrés aux campagnes sur les accidents de la route, responsables de 4 000 morts par an). Dans notre pays, on assiste à quelques campagnes de prévention contre le tabac pour favoriser notamment la prise de conscience de la population. Par ailleurs, les législations françaises ont fait l'objet de multiples évolutions ces dernières années pour généraliser l'interdiction de fumer. Pourtant, dans le même temps, l'industrie du tabac reste florissante et l'Etat conserve toujours le monopole des ventes pour ce produit. Ce monopole assure des profits colossaux au gouvernement puisqu'en 2009 par exemple, le commerce du tabac a rapporté près de 15 milliards d'euros à l'Etat français.

### Le tabagisme comme conduite à risque

Le simple fait de consommer du tabac est considéré comme un comportement à risque et il en est de même pour les drogues. En effet, les propriétés addictives de ces substances ainsi que les risques potentiels qu'elles présentent pour la santé physique, mentale ou psychosociale des individus et pour l'entourage sont largement démontrés (Carr-Gregg, Enderby, & Grover, 2003). Agir contre ces risques sanitaires et faire une prévention particulièrement contre ces conduites à risques est donc d'une importance capitale. Les Etats ont donc pour rôle d'agir pour informer et protéger les citoyens (De Leeuw & WHO, 2007). La consommation de tabac fait partie de ces conduites à risques définies par l'Organisation Mondiale de la Santé comme :

*«Un comportement dont on a constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard [...] de certains problèmes de santé » (OMS, 1999, p 20).*

Ainsi, un comportement à risque est une pratique qui met en danger l'intégrité psychique et physique de la personne ainsi que la vie de l'auteur de cette pratique et éventuellement, celles des personnes qui pourraient en être victimes malgré elles. Ces conduites à risques débutent et s'installent dans la grande majorité des cas à l'adolescence. Elles concernent la mise en danger de soi : risque physique, de son corps, de sa santé (blessure, maladie, mort), mais aussi le risque psychologique. Prise de drogue, rapport sexuel non protégé, conduite sans casque, sans ceinture, scarification, tentative de suicide, etc., Ces risques varient en termes de gravité : ils peuvent être minimes ou avoir des conséquences gravissimes. Contrairement aux idées reçues, ce type de comportement ne concerne pas uniquement les grands fléaux comme le tabac, l'alcool, la conduite routière, mais l'ensemble des gestes quotidiens qui peuvent donner lieu à des accidents provoqués par nos comportements inadaptés ou incohérents. En définitive, avoir une conduite à risque revient à s'exposer à une probabilité importante de blessure ou de mort, à mettre en péril son avenir et/ou sa santé.

L'engouement pour les pratiques à risques, notamment chez les jeunes, a suscité de nombreuses recherches dans les divers champs de la psychologie et de la sociologie, pour tenter de décrire et comprendre ce phénomène complexe. Le tabagisme, que nous allons maintenant développer, est un exemple typique de conduite à risque largement répandue et nombreux sont ceux qui commencent à fumer à l'adolescence (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2009 ; Byrne, Byrne & Reinhart, 1995 ; Lund, Tefre, Amundsen & Nordlund, 2008)

N.B. : Dans le cadre du tabac, nous devons citer ici le cas bien particuliers du **tabagisme passif**. Ce dernier ne peut pas vraiment être considéré comme une conduite à risque puisqu'il correspond au fait d'inhaler, de manière involontaire, la fumée dégagée par d'autres. Nous pouvons distinguer celui auquel est exposé le fœtus dont la mère fume et le tabagisme passif environnemental auquel on est exposé en inhalant la fumée de tabac de l'entourage. Au-delà de la gêne qu'il peut occasionner dans ce dernier cas, toute forme de tabagisme passif engendre des risques globalement similaires à ceux liés à la consommation de tabac. Les risques augmentent avec la durée et l'intensité de l'exposition (Institut national d'éducation et de prévention pour la santé, 2007) et sont d'autant plus importants pour les personnes asthmatiques, les femmes enceintes, les malades chroniques et les déficients immunitaires (Nelson, 2001). Contrairement aux

idées entretenues par l'industrie du tabac, soucieuse de minimiser la perception de ce risque par l'opinion publique, la fumée dégagée par une cigarette est vraisemblablement plus toxique que la fumée inhalée par le fumeur. En effet, les recherches effectuées sur ce thème ont démontré que cette fumée est la cause de 2 à 6 fois plus de tumeurs que la fumée inhalée activement par le consommateur (Schick & Glantz, 2005).

## Le tabagisme comme phénomène de société

### *Histoire du tabac en France*

La relation de l'homme avec le tabac s'est modifiée au cours des siècles. D'une substance associée à des rituels religieux, il est devenu dans nos sociétés un produit de consommation de masse accompagné de gros intérêts financiers. Le tabac est arrivé en France au XV<sup>ème</sup> siècle suite aux grandes explorations de la renaissance. Il est devenu rapidement un puissant marqueur identitaire à la fois expression de la convivialité mais aussi du genre et de l'appartenance sociale. Le tabac a vite atteint toutes les sphères de la société entre le XVI<sup>ème</sup> et le XVII<sup>ème</sup> siècle et c'est finalement l'apparition de la cigarette au XX<sup>ème</sup> qui fait littéralement exploser sa consommation. Après les années 1940 marquées par les privations, le marché français des tabacs se développe sans aucune contrainte entre 1950 et 1976. Jusqu'en 1950, le grand public ne croit pas à sa toxicité bien que cette substance commence à être controversée dans certains milieux. En 1958, des chercheurs de la SEITA (Société d'Exploitation Industrielle des Tabacs et des Allumettes : société publique contrôlant la commercialisation du tabac) sous l'égide de l'Institut d'Hygiène (prédécesseur de l'INSERM) établissent une « corrélation certaine » entre cancer du poumon et cigarette. Le SEITA ne fait pas cependant de prévention auprès du public sur les dangers liés à la consommation. En 1970, c'est l'Organisation Mondiale de la Santé qui va mener sa première campagne de sensibilisation et de lutte contre le tabac. Il faudra attendre 1972 pour qu'en France la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) fasse de la lutte contre les toxicomanies (tabac, alcool et autres drogues) une des priorités de son action éducative.

Si les preuves des effets néfastes du tabagisme ont conduit la plupart des pays à mener une lutte contre ce phénomène, aujourd'hui le débat s'est quelque peu déplacé. En France par exemple, les dernières lois anti-tabac ont créé de nouvelles oppositions entre les défenseurs des libertés individuelles et ceux pour qui la protection de la santé des populations prime avant tout.

### *Evolution de la loi en France*

En 1976, pour la première fois en France, une loi met en œuvre des mesures visant à limiter la consommation du tabac, mettant ainsi en application les recommandations de l'OMS et les vœux formulés par l'Académie de Médecine à partir de 1972. La loi Veil interdit ainsi de fumer dans certains lieux à usage collectif, réglemente la publicité en faveur du tabac et impose l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes. Malgré ces dispositions, le nombre de fumeurs continue à augmenter en particulier chez les jeunes.

En 1991, la promulgation de la loi Évin affirme la nécessité de protéger les non-fumeurs, notamment en n'autorisant le tabac que dans des endroits définis. Elle renforce considérablement le dispositif législatif en favorisant la hausse du prix des cigarettes, en posant le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif, en interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, en permettant les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux. Cette loi va favoriser le recul de la consommation de tabac qui devient dans les mentalités une tare quasiment assimilable à la toxicomanie.

En juillet 2003, la nouvelle loi votée interdit la vente du tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Cette loi comprend aussi tout un ensemble de mesures telles que l'interdiction de faire de la publicité en faveur du papier à cigarettes et l'obligation pour les écoles d'informer les jeunes sur les méfaits du tabagisme. Entre 2003 et 2004, suite à l'augmentation de 42% du prix du tabac, l'Etat relève une baisse des ventes de 32% qui montrent selon lui, la nécessité de répéter régulièrement les augmentations de prix de tous les produits du tabac.

Le 15 novembre 2006 a lieu la publication du décret qui fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à un usage collectif. Le décret



prévoit l'interdiction dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, dans toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que dans les établissements destinés à l'accueil, la formation ou l'hébergement des mineurs.

À partir de janvier 2008, l'interdiction de fumer s'étend aux débits de boissons, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques, avec, cependant, la possibilité d'aménager des emplacements fumeurs (INPES, 2007 ; MILDT, 2009).

Aujourd'hui en France, les mesures de lutte contre le tabac sont nombreuses. En plus des lois anti-tabac que nous venons d'évoquer, ces mesures passent par un accès facilité au centre de santé, un développement de l'accompagnement humain au sevrage en proposant des consultations de tabacologie, une prise en charge par la sécurité sociale de l'accompagnement médicamenteux pour faciliter l'arrêt. Le sevrage tabagique s'adresse en priorité aux fumeurs ayant échoué dans leur tentative d'arrêt, ayant rechuté à plusieurs reprises, à ceux victimes de maladies liées au tabac mais qui poursuivent leur consommation (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 1998). L'Office français de prévention du tabagisme estime qu'environ 55 000 nouveaux patients auraient été accueillis en 2003 dans ces consultations (Jean-François, Fernandes, Dautzenberg, Dupont & Ruelland, 2003). Enfin, un dispositif permanent pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt a été mis en place par le ministère de la santé et l'INPES : *Tabac info service* (internet, téléphone).

Ces évolutions législatives et sanitaires montrent que c'est seulement progressivement que science et loi ont investi le marché du tabac pour cesser d'en faire une consommation anodine. Les campagnes d'information et de prévention se multiplient et des polémiques alimentent sans cesse aujourd'hui le débat public. Tabac et danger sont maintenant des notions indissociables.

### *Epidémiologie en France*

Si elle était plutôt discrète jusqu'en 1945, la consommation du tabac a réellement explosé après la seconde Guerre Mondiale avec le développement des

grandes compagnies de tabac qui ont imposé la cigarette comme un nouveau standard, d'abord chez les hommes, puis les jeunes et enfin les femmes. Ainsi, pendant de nombreuses années, fumer était un geste social voire même une norme dans certains milieux. Mais depuis, les études se multipliant, il est désormais prouvé que les cigarettes sont extrêmement nocives et à long terme mortelles. Le tabac est la plus grande cause de maladies et de décès évitables et dans notre pays, un fumeur régulier sur deux meurt du tabac, soit 70 000 personnes chaque année. A l'échelle mondiale, durant le XX<sup>ème</sup> siècle, le tabac a causé 100 millions de morts et ce nombre pourrait s'élever à 1 milliard pour le XXI<sup>ème</sup> siècle (Nicolaidis-Bouman, Wald, Forey, Lee, 1993, Statistical Office of the European Union, 2011).

Actuellement la population française se répartit en 40% de fumeurs (soit 15 millions), 20% d'ex-fumeurs et 40% de non fumeurs. Parmi les fumeurs actuels, nous pouvons distinguer 29% de fumeurs quotidiens et 5% d'occasionnels (INPES, 2009 ; Le Faou & Scemama, 2005). Selon l'âge, le nombre de fumeurs est très variable : la prévalence tabagique passe de 9% pour les 12-14 ans à 41% pour les 15-19 ans et atteint un maximum de 48% chez les 20-25 ans (INPES, 2009). Par la suite, la proportion d'usagers de tabac diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans et plus encore après 50 ans (Beck & al., 2005 ; Guilbert, Gautier, Beck, Peretti-Watel, Wilquin, Leon Legleye & Arwidson, 2005). Ainsi, entre 18 et 34 ans, près d'une personne sur deux fume. Bien que les hommes soient plus souvent fumeurs que les femmes (35,5% vs 27,5%), on s'aperçoit que le tabagisme en France est en constante diminution chez les hommes et en constante augmentation chez les femmes.

Quelle que soit sa forme, le tabac contient de nombreux produits toxiques et possède un très fort pouvoir addictif (Wirth, Spinosa, Bohadana & Martinet, 2007). Parmi les nombreuses formes existantes, la cigarette reste actuellement dans le monde, le mode de consommation le plus répandu, mais aussi le plus efficace quant à la délivrance de la nicotine et le plus toxique pour la santé (Martinet, Bohadana & Fagerström, 2006). Par ce mode de consommation, le fumeur s'expose à des risques liés aux nombreuses substances qu'il inhale par la fumée

## Point de vue médical sur le tabagisme

Autrefois constituées uniquement de papier et de tabac, les cigarettes contiennent aujourd'hui de plus en plus d'ajouts souvent nocifs pour notre santé. Nous savons ainsi que 4 000 substances sont présentes dans la fumée de cigarettes et que plus de 60 de ces composants sont cancérogènes sans seuil minimum d'exposition (OMS, 1999).

### *Substances nocives composant la cigarette*

Nous allons brièvement détailler ici les différents composants de la cigarette afin de mieux comprendre les risques encourus par les fumeurs mais également certains enjeux spécifiques liés au trafic de ce produit.

- ✦ **La nicotine** possède une configuration qui lui confère le statut d'agoniste aux récepteurs de l'acétylcholine. Elle se fixe aux récepteurs présents à la surface des cellules nerveuses et les active. Cette activation génère notamment la libération de la dopamine dans le noyau accumbens. Comme l'alcool et d'autres drogues, la nicotine stimule ce noyau et active ainsi *le circuit de récompense* qui procure une sensation de plaisir, une diminution du stress ainsi qu'un effet stimulant. Par ailleurs, c'est la stimulation de ce même noyau qui est à l'origine du phénomène de dépendance chez les fumeurs (Rada, Jensen & Hoebel, 2001). Cette dépendance est à la fois physique puisqu'à l'arrêt, des symptômes de manque apparaissent (nervosité, migraine, bouche sèche) mais également psychique car directement liée à l'habitude et à des sensations positives. Si la nicotine n'est pas en elle-même cancérogène, elle présente un grand danger pour la santé en affectant les systèmes respiratoire et cardiovasculaire.

N.B. : De nos jours, des éléments ont démontré que certains fabricants instrumentalisent la dépendance en ajustant intentionnellement le dosage de nicotine dans les cigarettes (par exemple avec des tabacs génétiquement modifiés à haute teneur en nicotine).

- ✦ **Les goudrons** sont la principale substance responsable des cancers. Ce terme désigne un mélange complexe formé lors de la combustion du tabac. Il regroupe notamment les hydrocarbures, comme le benzène et les composés inorganiques dont

la plupart sont hautement cancérigènes. Leur texture visqueuse a en outre un effet nocif sur les tissus et les muqueuses : schématiquement les goudrons se collent aux parois de la bouche, du pharynx et des bronches.

- ✦ **Les irritants** sont un mélange d'éléments très divers, qui apparaissent lors de la combustion du tabac. Il s'agit entre autres de l'acétone, des phénols et de l'acide cyanhydrique. Ces substances attaquent les muqueuses respiratoires, modifient le tapis muco-ciliaire de l'arbre bronchique et altèrent la protection des parois alvéolaires. En définitive, elles affectent la capacité respiratoire et entraînent une inflammation des bronches qui provoque une toux lorsqu'elles sont combinées aux goudrons.
- ✦ **Le monoxyde de carbone** est un gaz toxique formé par la combustion incomplète du carbone dans les cigarettes. Ce monoxyde a la propriété de se fixer sur l'hémoglobine du globule rouge à la place de l'oxygène, diminuant ainsi le taux d'oxygénation sanguin et au niveau des organes. Pour contrer ce manque d'oxygène, la fréquence cardiaque et la pression artérielle augmentent, réduisant d'autant la capacité à l'effort et augmentant les risques cardiovasculaires.
- ✦ **Les additifs** sont les substances ajoutées à la cigarette par les industriels telles que les agents de saveurs. Soumis à la combustion de la cigarette, ces derniers dégagent de nouveaux composants potentiellement dangereux pour la santé. En réalité, ces additifs ont souvent un rôle subtil pour favoriser l'effet attractif de la cigarette. Ils peuvent notamment améliorer l'absorption de la nicotine, dilater les voies respiratoires ou masquer l'effet irritant de la fumée (Bates, Jarvis & Connolly, 1999).

### *Risques pour la santé induits par le tabac*

Alors que c'est la nicotine qui amène les personnes à fumer, ce sont d'autres substances qui sont à l'origine de la plupart des dégâts sur la santé comme les goudrons ou le monoxyde de carbone. La fumée laisse des traces partout dans le corps humain, de la bouche aux poumons et du cœur aux organes excréteurs. Ainsi, les conséquences physiopathologiques sont innombrables et leur dangerosité redoutable à plus ou moins long terme sur notre organisme (Guilbert, Baudier & Gautier, 2001).

### ➤ *Les risques à court terme*

- ✦ **L'impact esthétique** : le tabac accélère le vieillissement cutané en ralentissant la circulation sanguine et l'oxygénation des cellules épidermiques. Les mains, les doigts et les ongles jaunissent, les cheveux deviennent plus secs, moins brillants, les dents jaunissent, des caries et des gingivites apparaissent.
- ✦ **L'altération du goût et de l'odorat** : Cette altération est due à une perte de l'efficacité des papilles gustatives et des récepteurs du nez saturés par la fumée.
- ✦ **L'impact sur le système cardiorespiratoire** : le tabac est la cause majeure de l'hypertension artérielle chez le sujet jeune. La résistance à l'exercice physique et la capacité respiratoire, en particulier lors d'activités sportives, en sont d'autant diminuées. En outre, le tabac favorise les inflammations du système respiratoire comme les pharyngites, laryngites et les bronchites (Hill, 2000).
- ✦ **L'impact sur la grossesse et le fœtus** : le tabac multiplie par deux les risques d'avortement spontanés. De plus, les naissances prématurées, les hématomes rétroplacentaires, les grossesses extra utérines, les morts subites du nourrisson sont largement favorisées par une consommation de tabac pendant la grossesse (Ebrahim, Floyd, Merritt, Decoufle & Holtzman, 2000 ; Berthiller & Sasco, 2005 ; Tong, England & Glantz, 2005)

### ➤ *Les risques à long terme*

- ✦ **L'impact cardiovasculaire** : le tabac est un facteur de risque cardiovasculaire majeur. Il est responsable de 90% des artérites des membres inférieurs survenues avant 65 ans. Il constitue un des principaux facteurs de risque des coronarites telles que les angines de poitrine et les infarctus. Le risque d'infarctus du myocarde est ainsi quatre fois supérieur chez les fumeurs que chez les non fumeurs. Chez la femme, si le tabac est associé à la pilule contraceptive, ce risque d'infarctus est multiplié par trente-quatre (Johnson, 2005).
- ✦ **L'impact sur le système respiratoire** : s'il favorise à court terme les inflammations respiratoires à répétition, le tabac est responsable à plus long terme d'une invalidité

se traduisant la plupart du temps par une bronchite chronique (qui tue 5 000 à 6 000 Français par an) et une aggravation de l'asthme.

- ✦ **Les risques de cancers** : si ce sont les poumons qui sont en particuliers visés, les cancers des voies aérodigestives : des bronches (multiplié par 25 chez un fumeur moyen), de la bouche, de la gorge, du pharynx, du larynx, de la trachée, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas sont également fréquents. Par ailleurs, le rein, la vessie et le col de l'utérus peuvent également être touchés. La probabilité de ces cancers augmente avec la quantité de tabac consommé et avec la durée de la consommation (Velter & Guilbert, 1999). Chez la femme fumeuse, le risque de cancer du sein est augmenté de 50% par rapport aux non-fumeuses (Johnson, 2005).
- ✦ **Les conséquences sur la fertilité** : chez l'homme, le tabac augmente de 37% la fréquence des impuissances d'origine organique. En outre, il peut être à l'origine de troubles de l'érection dès l'âge de 25 ans. Si l'intensité de la consommation est proportionnelle au risque encouru, les fumeurs occasionnels ne sont pour autant pas épargnés. Certaines substances contenues dans le tabac, notamment la nicotine et le monoxyde de carbone, produisent en effet des conséquences parfois catastrophiques sur la capacité érectile même dans le cadre d'une consommation modérée (Harte & Meston, 2008, 2011). Enfin, le tabagisme réduit la fécondité des femmes d'environ un tiers et cette réduction est majorée par l'âge et le niveau du tabagisme (avec une relation dose-effet) (Berthiller & Sasco, 2005).

## Campagnes de prévention et de lutte contre le tabac

Les campagnes de prévention en matière de lutte antitabac constituent un des rôles dont l'Etat est incontestablement responsable. Il se doit en effet de mener des campagnes médiatiques pour informer l'ensemble de la population et modifier ainsi certaines croyances, perceptions et attitudes vis-à-vis de cette substance. Les buts des campagnes peuvent être divers puisqu'il s'agit d'une part, d'encourager et de motiver les fumeurs à arrêter et d'autre part, de dissuader les non fumeurs de commencer. Aussi, elles vont véhiculer des messages favorisant l'abandon du tabac soit par la présentation des avantages à cesser de fumer, soit par l'explication des risques réels liés au tabac,

soit par la promotion du statut de non-fumeur comme une situation souhaitable, soit encore en favorisant la confiance des fumeurs dans la réussite de l'arrêt. Une campagne peut aussi faire la promotion des services d'aide à l'abandon du tabac disponibles au niveau local ou régional. Enfin, depuis plusieurs années maintenant, les campagnes accentuent particulièrement leur action chez les adolescents. L'une des questions qui intéresse aujourd'hui les chercheurs et à laquelle ils ne parviennent pas à obtenir de réponse claire, revient à se demander si les efforts de sensibilisation et de prise de conscience sont efficaces à long terme et modifient réellement les comportements et les mentalités de la population. (Wakefield, Germain, Durkin, 2008 ; Schaap & al., 2008 ; Hublet, Schmid, Clays, Godeau, Gabhainn, Joossens & Maes, 2009 ; Tual, Piau, Jarvis, Dautzenberg & Annesi-Maesano, 2010).

Une abondante littérature s'intéresse aux campagnes de sensibilisation relatives au tabac. Elles suggèrent l'existence de plusieurs conditions pour que les campagnes soient efficaces. Selon certaines études, l'impact des campagnes diffusées dans les médias de masse en matière d'arrêt du tabac pourrait être bien supérieur à celui de toute autre méthode, grâce à leur propension à toucher un grand nombre de fumeurs (Biener, Reimer, Wakefield, Szczypka, Rigotti & Connolly, 2006). Ces campagnes doivent être fréquentes et assez longues pour générer une évolution des croyances, des attitudes et des comportements (Schar & Gutierrez, 2001). Elles doivent être ciblées et sans cesse renouvelées pour motiver différentes catégories de personnes. Elles doivent combiner plusieurs sources d'informations et d'actions (Vartuaunen, Paavola, & McAlister & Puska, 1998 ; Siegel, 2001). Elles doivent être organisées et appliquées en totale indépendance de l'industrie du tabac (Siegel, 2001 ; Schar, Gutierrez, Murphy-Hoefer & Nelson, 2006; The Institute for Global Tobacco Control, 2007). Enfin, les études d'efficacité récentes doivent être prises en compte ainsi que les évolutions des connaissances, des comportements et des attentes des populations (Feltracco & Gutierrez, 2007). En outre, l'importance et la complexité des croyances en matière de santé nécessitent que les messages de prévention soient spécifiques et adaptés aux populations cibles visées par les campagnes.

## Opinion du grand public sur le rôle de l'Etat face au tabac

Les études de grande envergure relatives à l'opinion du public face au problème du tabac sont rares et parmi elles, peu traitent du problème de la responsabilité de l'Etat. Nous pouvons citer celle de Batra, Patkar, Weibel, Pincock & Leone (2002) en Pennsylvanie qui s'intéresse à la responsabilité de l'Etat dans le cadre de la consommation de tabac des adolescents. Les entretiens menés auprès de 650 personnes ont révélé que la moitié des répondants pensent que l'Etat a le devoir de s'impliquer d'avantage dans les luttes contre le tabac. Si de rares personnes pensent que le tabac ne doit pas faire partie des priorités du Gouvernement, seulement 28% s'opposeraient à des lois interdisant de fumer dans les lieux fréquentés par les adolescents.

En Suède, une étude de Von Bothmer et Fridlund (2001) s'est intéressée à l'opinion des élèves, des parents et du personnel enseignant face au partage des responsabilités dans le phénomène tabagique. Il apparaît que les jeunes et les adultes ont des attributions très différentes. En effet, les premiers attribuent la responsabilité de l'information et de la protection à leurs parents en priorité. En revanche, parents et enseignants privilégient des responsabilités collectives telles que l'école et les associations publiques.

En France, aucune étude n'a été menée sur les conditions de la responsabilité perçue de l'Etat et il apparaît donc légitime de se questionner sur ce sujet.

## CONCLUSION

Le contrôle du phénomène tabagique est depuis quelques années au premier plan de la recherche en santé. L'usage du tabac est aujourd'hui considéré comme une véritable addiction liée à la dépendance nicotinique. En tant que tel, le tabac peut donc être classé dans la catégorie des drogues dites licites puisqu'autorisée par l'Etat. D'un point de vue éthique, le double rôle de l'Etat comme protecteur de la santé et en même temps percepteur de taxes sur le tabac peut être mis en cause. En effet, aujourd'hui en France, la position de l'Etat est sujette à caution. Actionnaire de la SEITA, il touche des



dividendes sur la vente de cigarettes dont le prix ne cesse d'augmenter. En 1996, les bénéfices de l'industrie du tabac s'élevaient à 1,8 milliard d'euros. Ils sont passés, en 2010, à 2,1 milliards d'euros. Et, dans le même temps, l'Etat accentue ses efforts en matière de prévention du tabagisme. Présentée sous les traits du bien commun, les dernières lois en France imposent des restrictions parfois mal vues par les citoyens. En effet, limiter et diminuer la consommation de tabac sans pour autant le rendre illégal peut être considéré comme une entrave à la liberté des personnes.

Dans le cadre des substances addictives, l'Etat doit mener une politique adaptée, pour diminuer au maximum la mortalité et la morbidité liées à la consommation de substances. Il se doit par ailleurs de faire une prévention et dans la mesure où une information complète est donnée, chaque citoyen a la responsabilité de prendre les dispositions qui conviennent pour se protéger. Comment les citoyens jugent-ils les positions politiques prises par l'Etat en matière de drogues ? A terme, la possibilité pour l'Etat de tirer bénéfice de la commercialisation de certaines substances est-elle acceptable notamment si elles peuvent être à l'origine de certains cancers ? Il est ici pertinent de s'interroger sur la façon dont le public considère l'acceptabilité des politiques de l'Etat d'une part, et les responsabilités impliquées dans la consommation de substances d'autre part. Pour étudier avec précision les règles de jugement utilisées par les citoyens dans ces deux cas, nous avons choisi de nous baser sur une méthodologie dérivée de la théorie fonctionnelle de la cognition d'Anderson.

# **THEORIE FONCTIONNELLE DE LA COGNITION : CONCEPTS, POSTULATS ET APPLICATIONS**

---

La recherche d'une méthode destinée étudier le jugement avec précision, nous a amenés à la *Théorie Fonctionnelle de la Cognition* puisqu'elle apparaît comme étant particulièrement adaptée à notre objet d'étude. Celle-ci a été initiée par Anderson (1981, 1982, 1991, 1996, 2008) et permet d'établir des lois psycho-cognitives qui décrivent les processus d'intégration des informations. La puissance de cette théorie tient dans le fait qu'elle est capable de prendre en compte l'effet de la subjectivité des individus lors des prises de décision.

La *Théorie fonctionnelle de la cognition* a été progressivement développée au travers d'une multitude d'expériences réalisées ces vingt dernières années. Elle a donné naissance à une méthode expérimentale qui permet l'étude globale des jugements rendus dans la vie quotidienne. En effet, au cours de l'existence, notre activité psychologique s'exprime principalement à travers les multiples jugements que nous portons sur la réalité qui nous entoure. Ainsi, avant d'acheter un meuble, nous jugeons de son aspect esthétique, sa solidité, sa taille par rapport à celle de la pièce à laquelle il est destiné, son prix par rapport à nos moyens, etc... D'autres critères parfois très personnels, en lien avec notre histoire ou nos souvenirs, peuvent également intervenir et vont influencer notre décision d'achat. Les situations dans lesquelles le jugement est à l'œuvre sont abondantes. Nous pouvons encore citer ici le cas dans lequel un de nos proches décède d'un cancer lié à la consommation d'une substance vendue au profit de l'Etat, nous pourrions alors juger dans quelle mesure nous estimons que l'Etat a une part de responsabilité dans ce décès. Ou encore nous pouvons évoquer le fait de juger du

degré d'acceptabilité de la position politique adoptée par l'Etat face à des substances réputées dangereuses comme celle consommée par le proche en question.

L'objet de ce chapitre est donc de présenter la *Théorie fonctionnelle de la cognition*. Celle-ci propose d'explicitier les règles de jugement que nous employons dans la vie quotidienne et de décrire les processus d'intégration des informations qui mènent à ces jugements. Comme nous le verrons dans cette partie, cette théorie a été utilisée dans de nombreuses études appliquées à divers champs de la psychologie comme celui de la psychologie de la santé. Les résultats issus de ces recherches ont permis de mettre en évidence un certain nombre d'invariants du jugement.

Dans les deux études présentées dans ce travail, nous avons eu recours à la méthode développée par Anderson à partir de la *Théorie fonctionnelle de la cognition*. Au travers de plans expérimentaux complets, il s'agira donc pour nous ici d'appréhender le poids attribué à nos différents facteurs pour émettre un jugement sur le degré d'acceptabilité de la position de l'Etat (première étude) et sur la responsabilité de l'Etat dans le cas où la consommation de substance mène à un problème grave de santé (deuxième étude).

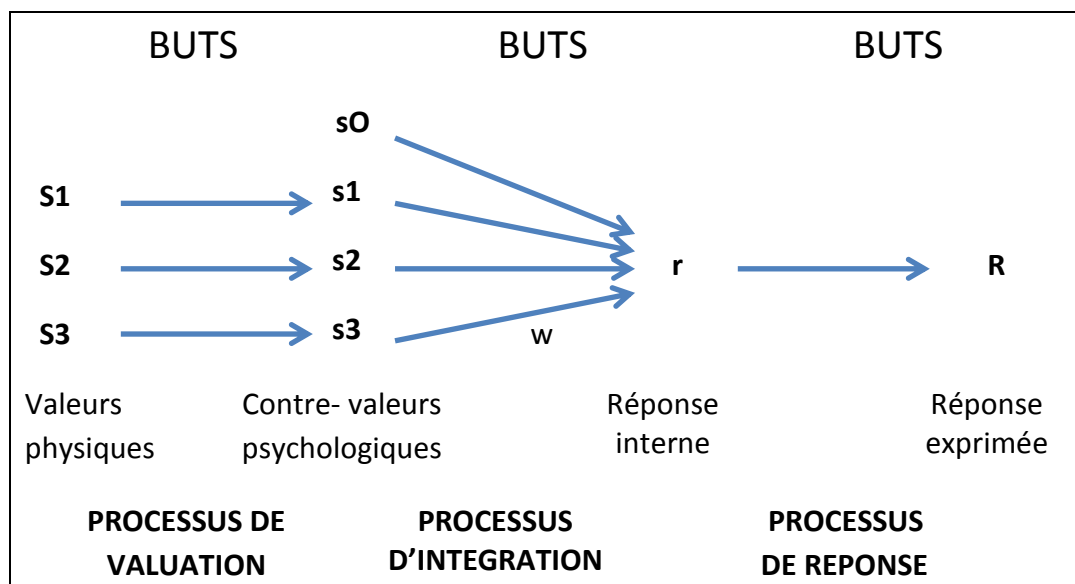
Nous allons tout d'abord décrire la théorie d'Anderson et la méthode qui en est issue. Nous verrons ensuite ce qu'est le jugement éthique et comment il a été étudié dans différentes études utilisant la *Théorie fonctionnelle de la cognition* ou *Théorie de la mesure fonctionnelle*.

## OPERATIONS D'INTEGRATION DE L'INFORMATION

### Concepts de base

Le principal postulat de la théorie fonctionnelle de la cognition repose sur la possibilité des individus d'intégrer plusieurs informations à la fois pour produire ensuite une réponse unitaire. Aussi, cette méthode s'applique quand le sujet se trouve dans un environnement complexe, c'est-à-dire qui l'oblige à traiter simultanément plusieurs stimuli avant d'émettre un jugement. Ce traitement nécessite le recours à trois

opérations qui constituent les concepts de base de cette théorie de la cognition. Ces différentes étapes sont représentées par Anderson dans le diagramme d'intégration de l'information (1996) schématisé ci-après dans la *figure 1*.



*Figure 1 :*  
*Diagramme de l'intégration de l'information*

Dans ce diagramme, les stimuli externes à gauche (S1, S2,...) sont l'objet de trois opérations successives gouvernées par les buts du sujet. Tout d'abord, la *valuation* qui permet l'attribution d'une contre valeur psychologique subjective au centre (s1, s2,...) à chaque stimulus physique reçu (S1, S2, ...). Le deuxième processus : l'*intégration* permet la combinaison de ces valeurs subjectives pour rassembler ces informations, donner un ordre aux stimuli en fonction de ces valeurs et former ainsi une *réponse implicite interne* r. Cette réponse interne va être transformée en réponse exprimée grâce au processus de réponse. Ainsi, c'est le résultat de ces deux premières opérations qui va permettre l'élaboration du jugement en lui-même. Ce dernier n'est autre que la production d'une réponse globale et observable R prenant en compte l'ensemble des stimuli reçus. Cette réponse observable se traduit la plupart du temps par

une fonction motrice et, dans nos études, il s'agit ici de placer une marque sur l'échelle de jugement correspondant à chaque scénario.

Nous allons maintenant détailler chaque opération de traitement des informations afin de pouvoir mieux appréhender la théorie et la méthode d'Anderson utilisée dans notre travail.

## Opération de valuation

La notion de *valuation* n'a pas de véritable équivalent en français puisque ce n'est ni une évaluation, ni une estimation, mais une opération qui permet la création d'une valeur subjective pour un stimulus physique ou social donné. Elle est non seulement fonction d'un but poursuivi, mais également de l'ensemble de l'expérience personnelle du sujet, de sa motivation et de son état émotionnel. Dans notre seconde étude par exemple (où le but est d'estimer la responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance), chaque partie de l'information présentée est convertie en une représentation subjective sur une même échelle de jugement. S1 pourrait être « les campagnes de prévention de l'Etat » : aucune et S2 « la fréquence de consommation de la personne » : modérée. Ces deux stimuli sont incommensurables puisqu'ils s'expriment le long d'échelles de nature différente. Dans le cadre de la théorie d'Anderson, ces stimuli doivent être traduits sur une échelle commune. Elle est ici imposée par l'expérimentateur, il s'agit d'une échelle de responsabilité. Ainsi, chaque partie de l'information se verra attribuée une valeur sur cette échelle de responsabilité (scale value). Toujours dans notre exemple, les stimuli « absence de campagnes » et « consommation modérée » se trouveront vraisemblablement associés à des valeurs fortes en termes de responsabilité de l'Etat.

## Opération d'intégration

Traduits en valeur subjective sur une échelle commune, les stimuli vont pouvoir être intégrés pour produire ainsi une réponse implicite  $r$ . Dans cette étape d'*intégration*, le sujet va attribuer des poids différents ( $w$ ) à chaque valeur d'échelle en fonction de

l'importance qu'il veut leur accorder pour effectuer son jugement. L'attribution de ces poids va permettre d'ordonner ainsi les stimuli selon des opérations de pondération plus ou moins complexes et dépendantes des situations de jugement. Dans notre première étude, le poids  $w_1$  associé à la valeur d'échelle « campagnes de prévention », peut être nul ou bien peut être le double du poids  $w_2$  associé à « degré de consommation » selon par exemple l'orientation politique du sujet, son âge ou son propre rapport à une substance telle que le tabac ou l'alcool. Suite à cette combinaison, une réponse globale, unitaire et implicite est produite. Les aspects relatifs au fonctionnement interne de la règle de jugement seront développés plus loin.

## Opération de réponse

Suite aux deux étapes précédentes, l'opération de réponse vient transformer la réponse  $r$  implicite en une réponse  $R$  observable. Les réponses  $r$  et  $R$  sont reliées par une fonction appelée fonction de réponse ou fonction motrice. Une réponse observable peut être verbale ou bien motrice comme dans notre dernier exemple, où elle correspond à la sélection d'un niveau de responsabilité de l'Etat le long de l'échelle de jugement.

## Non observables

Dans notre quotidien, à chaque fois que nous devons émettre un jugement, ce dernier est déterminé par plusieurs facteurs. Reprenons notre premier exemple : nous devons choisir d'acheter ou non un meuble. Pour cela, le sujet va devoir sélectionner différentes caractéristiques de l'objet qui lui permettront de faire son choix par la suite. Dans notre cas, il s'agit de la couleur, la matière, la marque et le prix. Ces stimuli sont intégrés par le sujet et transformés. Dans un deuxième temps, il va évaluer l'importance de chacune de ces caractéristiques les unes par rapport aux autres. Pour notre sujet, le prix est un élément fondamental, plus important que la matière, elle-même plus importante que la couleur. Enfin, la marque n'a pour lui aucune importance. C'est donc dans cette étape que le sujet attribue un poids à chaque information en fonction de l'influence que chacune va avoir sur son choix final. Enfin, toutes ces informations vont

être combinées pour produire une réponse unique : un jugement sur ce meuble qui engendrera une réponse observable : ici le choix d'acheter ou non l'objet.

Les processus de *valuation*, *intégration* et *réponse* sont des étapes indépendantes et successives. Comme nous le voyons dans notre diagramme (*figure 1*), elles sont, chacune, déterminées par les buts que le sujet recherche comme par exemple sa motivation ou son objectif final (par exemple, un évènement particulier qui requiert un cadeau pour sa conjointe). De plus, l'état initial du sujet ( $s_0$  dans notre diagramme), va également influencer son choix. Dans notre exemple, si le sujet vient de s'acheter juste avant un autre meuble très cher, on comprend aisément que son état initial, au moment de l'achat qui nous intéresse, va influencer son choix final.

Finalement, dans le diagramme d'Anderson, la seule partie qui est directement observable par l'expérimentateur est la dernière phase : la réponse exprimée  $R$ , dans notre exemple, le fait d'acheter ou non l'objet. En effet, les étapes d'*intégration*, de *valuation* et de *réponse interne* ne sont pas observables et la plupart de temps, toutes ces phases sont même inconscientes. La réponse interne  $r$  peut, elle, être consciente mais peut en revanche être très éloignée de la réponse exprimée  $R$  qui est pourtant la seule étape qui rend compte de l'ensemble du processus.

En tant qu'expérimentateurs, nous ne sommes capables de mesurer que ce à quoi nous avons directement accès par l'observation : à savoir la *réponse exprimée*  $R$ . Pourtant, c'est la réponse interne  $r$  qui fait l'objet des différents processus de traitement. De ce fait, si nous voulons effectuer la mesure de la réponse, il faut utiliser la « mesure fonctionnelle » et avoir recours à certains invariants mathématiques dans le jugement. Anderson a en effet mis en évidence des lois qui rendent compte très précisément de la relation entre stimulus et réponse et permettent de découvrir les règles mathématiques simples qu'utilisent les personnes en situation de jugement.

## REGLES D'INTEGRATION DE L'INFORMATION

Anderson utilise le terme d'« algèbre cognitive » et selon lui, le jugement humain est fonction de différentes règles algébriques qui peuvent être mises en évidence

à condition de se baser sur la mesure des valeurs subjectives. Ainsi, les principales règles de jugement qui ont été isolées sont les règles additives, les règles disjonctives, les règles conjonctives.

Nous allons aborder brièvement ici ces différentes règles isolées par Anderson puisqu'elles constituent un des points centraux de sa théorie. Toutefois, dans le cadre de nos travaux qui concernent un champ d'étude pionnier, il est probable que nous puissions seulement établir le poids des différents facteurs tout en isolant des patrons de réponse communs, sans pour autant parvenir encore à mettre en évidence des règles de jugement précises.

## Règle additive

La règle additive peut être de trois types : sommative, soustractive et de moyenne. Toutes traduisent le fait que le sujet va donner un poids équivalent aux différents stimuli avant d'additionner, de soustraire ou de faire une moyenne de leurs effets. L'effet sur le jugement de chaque stimulus est indépendant des effets des autres stimuli. Dans le cadre d'un modèle additif, si deux informations sont données au sujet, le modèle peut s'écrire de la façon suivante :

$$r_{ij} = W_{ai}S_{ai} + W_{bj}S_{bj}$$

Ici  $r$  représente la réponse implicite du sujet. Elle-même résultant de l'intégration de deux stimuli A et B, pour lesquels  $W_{ai}$  et  $W_{bj}$  sont les poids respectifs accordés aux deux informations lors de l'intégration et  $S_{ai}$  et  $S_{bj}$  sont respectivement les valeurs d'échelle attribuées à chaque élément.

Sur un graphe factoriel, la règle additive est aisément repérable puisqu'elle se traduit par un parallélisme au niveau des fonctions linéaires des réponses implicites (même coefficient pour chaque pente). Par ailleurs, les fonctions sont croissantes.



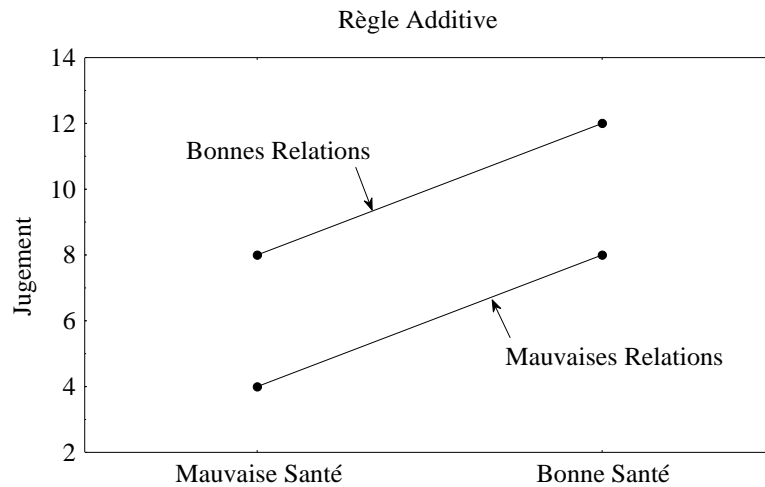


Figure 2 :  
Exemple graphique de règle additive

On peut trouver *figure 2* une illustration de la règle additive. Il s'agit d'une situation de jugement de satisfaction de vie à partir de deux indices, le degré d'entente avec le conjoint et la santé physique. L'axe vertical est celui du degré de satisfaction. Sur l'axe horizontal sont portés deux degrés d'entente avec le conjoint. Les deux courbes pleines correspondent aux deux degrés de santé physique considérés. Chaque point correspond à une configuration d'informations; c'est-à-dire à une situation concrète de jugement: mauvaise entente et mauvaise santé, bonne entente et mauvaise santé, mauvaise entente et bonne santé, et finalement bonne entente et bonne santé. Les courbes pleines sont approximativement parallèles. Ceci témoigne de l'additivité des effets : plus les relations et la santé sont bonnes et plus la satisfaction de vie est élevée.

Pour une règle soustractive, les fonctions sont également parallèles mais sont décroissantes. Ainsi, on pourra écrire l'équation d'algèbre cognitive de soustraction comme suit :

$$rij = WaiSai - WbjSbj.$$

Le modèle de la moyenne postule que la réponse implicite  $rij$  résulte de la somme pondérée des valeurs d'échelle accordées aux deux stimuli, divisé par la somme des poids accordés aux deux stimuli. Ainsi, l'équation s'écrira :

$$rij = WaiSai + WbjSbj / Wai + Wbj.$$

Dans les règles de moyenne, les poids attribués aux stimuli peuvent être égaux (moyenne équipondérée) ou variables (moyenne non équipondérée). Sur un graphe factoriel, la règle de moyenne équipondérée sera caractérisée par des courbes s'entrecoupant. Pour la règle de moyenne non équipondérée, on observera des courbes non parallèles, l'attribution de poids inégaux aux stimuli étant révélée par des pentes inconstantes.

## Règle disjonctive

Cette règle est plus complexe que la précédente puisqu'elle suppose que l'effet sur le jugement de chaque partie de l'information dépend des autres parties de l'information. Lorsque le sujet utilise cette règle, il multiplie les valeurs d'échelle attribuées à chaque stimulus. Concrètement, cela signifie que le changement de degré d'une variable modifie l'influence de l'autre sur le jugement final. En réalité, l'application de la règle disjonctive suppose simplement que l'information ayant la valeur la plus faible reçoive également le poids le plus faible. De même, que l'élément ayant la valeur la plus élevée reçoive le poids le plus élevé. L'équation de la fonction peut s'écrire de la façon suivante :

$$rij = W (Sai \times Sbj)$$

Dans ce cas, le graphe factoriel laisse apparaître des fonctions qui ne sont pas parallèles mais qui au contraire convergent vers la droite (éventail ouvert à gauche).

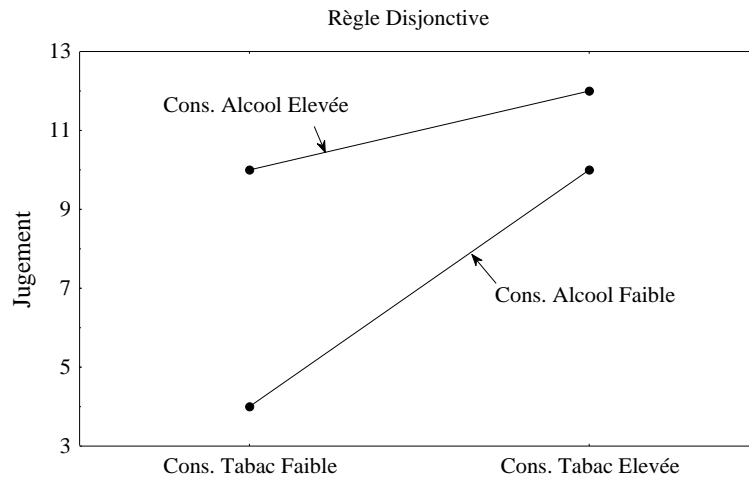


Figure 3 :  
Exemple graphique de règle disjonctive

On peut trouver *figure 3* une illustration de la règle disjonctive. Il s'agit d'une situation d'estimation de risque pour la santé à partir de deux indices, le niveau actuel de consommation d'alcool et le niveau actuel de consommation de tabac. L'axe vertical est celui des jugements de risque. Sur l'axe horizontal sont portés deux degrés de consommation de tabac. Les deux courbes pleines correspondent aux deux degrés de consommation d'alcool considérés. Chaque point correspond à une configuration d'informations, c'est-à-dire à une situation concrète de jugement : consommation faible des deux substances, consommation faible de tabac et consommation élevée d'alcool, consommation élevée de tabac et consommation faible d'alcool et consommation élevée des deux substances. Les courbes ne sont pas parallèles, elles convergent vers la droite. Ceci témoigne de la disjonctivité des effets dans le jugement. En d'autres termes, les informations menant au jugement n'additionnent pas simplement leurs effets puisque l'effet sur le jugement final de chaque élément dépend des autres éléments d'informations. A partir du moment où la consommation d'alcool est élevée alors les risques sont estimés importants : dans ce cas, la consommation de tabac a un impact faible sur le jugement. Au contraire, si la consommation d'alcool est faible, alors celle du tabac a un impact beaucoup plus important sur l'estimation des risques que dans le premier cas.

## Règle conjonctive

La règle conjonctive est le symétrique de la règle disjonctive précédemment énoncée. Là encore, les différents éléments de l'information n'additionnent pas simplement leurs effets. En revanche, la règle conjonctive suppose que le poids pris par chaque élément de l'information soit inversement proportionnel à la valeur de cet élément. Ainsi, l'information ayant la valeur la plus faible recevra le poids le plus élevé. De même, l'élément ayant la valeur la plus élevée recevra le poids le plus faible. Il existe des règles conjonctives de plusieurs sortes, comme par exemple les règles de moyenne ou multiplicative.

Sur un graphe factoriel, les fonctions ne sont là encore pas parallèles mais convergent vers la gauche (éventail ouvert à droite).

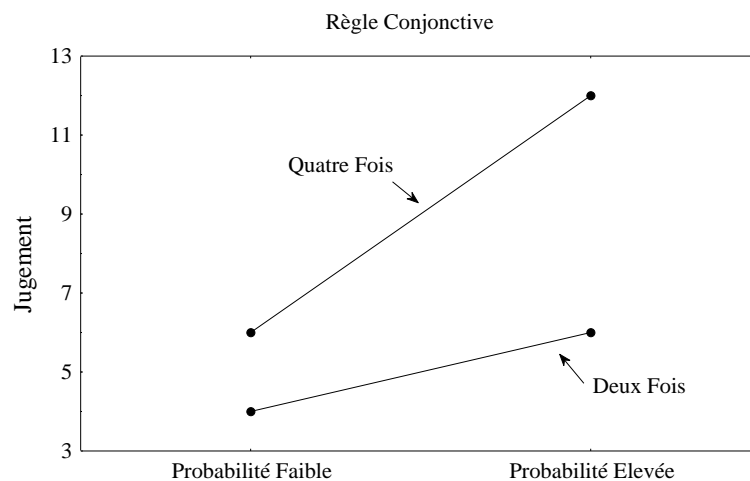


Figure 4 :  
Exemple graphique de règle conjonctive

On peut trouver *figure 4* une illustration de la règle conjonctive. Il s'agit d'une situation d'estimation de l'intention de migrer dans un autre pays en fonction de la différence de salaire entre pays d'origine et pays d'accueil et de la facilité avec laquelle un emploi peut être trouvé dans le pays d'accueil. L'axe vertical est celui des jugements d'intention. Sur l'axe horizontal sont portés deux niveaux de facilité de trouver un emploi : difficile et assez facile. Les deux courbes correspondent à deux différentiels de salaire : deux fois le salaire moyen du pays de résidence actuel et quatre fois le salaire moyen. Chaque point correspond à une configuration d'informations, c'est-à-dire à une

situation concrète de jugement : emploi difficile à trouver et deux fois le salaire, emploi difficile à trouver et quatre fois le salaire, emploi assez facile à trouver et deux fois le salaire et emploi assez facile à trouver et quatre fois le salaire. Les courbes ne sont pas parallèles, elles divergent vers la droite. Ceci témoigne de la conjonctivité des effets dans le jugement. Les informations menant au jugement n'additionnent pas simplement leurs effets puisque l'effet sur le jugement final de chaque élément dépend des autres éléments d'informations. Par exemple ici, si le salaire est seulement doublé, alors l'intention de migrer est faible, quelle que soit la facilité de trouver un emploi. En revanche, si le salaire est multiplié par quatre, alors l'intention de migrer est plus importante à la condition que la probabilité de trouver du travail soit élevée.

Dans le cadre de l'évaluation des risques, le chercheur utilisant la théorie fonctionnelle de la cognition va chercher à découvrir quels sont les facteurs qui influencent le jugement et parmi eux, lequel a le plus/le moins de poids sur le jugement final ? Comment ces facteurs se combinent entre eux ? Comment les caractéristiques des répondants (âge, état de santé, sexe, dispositions psychologiques...) peuvent influencer leurs jugements ? Peut-on éventuellement retrouver des similitudes dans les règles de jugement utilisées par les personnes ? Et peut-on envisager de regrouper les sujets selon leurs patterns de réponse ?

Dans le domaine de la santé publique, cette méthode va avoir des implications concrètes. Si par exemple, les estimations de risque faites par les sujets sont trop éloignées des réalités médicales, les chercheurs vont également s'intéresser aux moyens nécessaires pour modifier les règles de jugement erronées qui pourraient être à l'origine par exemple d'une exposition excessive à certains risques. Ces résultats peuvent alors intéresser les décideurs politiques qui devront prendre des mesures concrètes de prévention pour prévenir et protéger la population de manière efficace (Banon Scaon, Lafon, Chasseigne, Mullet & Sorum, 2002).

# JUGEMENT ETHIQUE : APPLICATIONS EN PSYCHOLOGIE

## Notion d'éthique dans nos sociétés

Avant de développer plus spécifiquement le terme d'éthique, voyons brièvement ce que renferme le terme de *jugement*. D'un point de vue épistémologique, nous pouvons distinguer deux types de jugements : le *jugement de faits* qui implique une observation neutre et objective et le *jugement de valeur* qui implique une évaluation et une appréciation subjective. C'est le second type de jugement sur lequel nous allons nous pencher, puisqu'il s'applique notamment au cadre de l'éthique qui nous intéresse dans ce travail. Selon ce point de vue, le jugement désigne un acte psychique mais aussi un processus cognitif mis en œuvre lorsqu'un sujet doit évaluer une situation et donner son opinion. Dans notre cas précis, il s'agira alors de juger si tel ou tel comportement ou telle ou telle situation est conforme ou non conforme à l'éthique.

L'*éthique* touche l'ensemble des domaines de l'activité humaine comme le monde du travail, l'économie, les sciences, la gouvernance ou la culture. Etymologiquement, le mot éthique est un synonyme d'origine grecque *ethikos* et d'origine latine *ethicus*, de « morale ». Il peut également être rapproché d'une autre étymologie grecque *ethos*, qui signifie « mœurs, habitudes ». L'éthique doit donc être définie comme une discipline philosophique qui porte sa réflexion sur les questions de mœurs et de morale. En d'autres termes, elle s'interroge sur les finalités et les valeurs de l'existence, les conditions d'une vie heureuse, les notions de bien et de mal. Toutefois, elle est avant tout pratique puisqu'elle se donne pour but d'indiquer comment les êtres humains doivent se comporter, agir et être, entre eux et envers ce qui les entoure. Contrairement à la morale qui garde un caractère universel et irréductible, l'éthique est dépendante de valeurs et se détermine de manière relative dans le temps et dans l'espace, en fonction de la communauté à laquelle elle se réfère. Au sens large, l'éthique s'interroge sur la personne humaine, son interaction avec la nature et les autres hommes, mais également sur la liberté, la responsabilité et la justice.

Les récentes découvertes scientifiques ajoutées à l'évolution des mentalités et aux transformations technologiques offrent chaque jour de nouvelles possibilités aux individus. Parallèlement à ces progrès, nos sociétés se trouvent confrontées à de nouveaux questionnements et de nouveaux enjeux éthiques qui touchent des domaines aussi divers que l'économie, la santé, la politique, l'environnement, l'informatique, etc. Finalement, le débat éthique n'est jamais clos puisqu'à chaque nouvelle découverte sont associées de nouvelles questions.

## Application de la théorie fonctionnelle de la cognition

Une question éthique porte sur un sujet de réflexion ou un problème à résoudre qui fait référence à des valeurs, des normes, des comportements et des raisons que se donnent les membres d'une société pour guider et ajuster leur conduite. Elle soulève des enjeux qui nécessitent de se mettre en situation de réflexion afin d'adopter une distance critique par rapport au problème. Toute question éthique requiert en réalité l'exercice du jugement de l'individu. C'est à travers une analyse des faits la plus objective possible, qu'il devra juger si un comportement/un fait donné est éthique ou anti-éthique. Ce jugement est bien entendu susceptible de se modifier selon les individus, les époques ou les sociétés.

Etant donné qu'il s'agit d'une situation de jugement, la théorie fonctionnelle de la cognition se révèle être parfaitement adaptée à l'étude des mécanismes et des règles en jeu dans le cadre d'une question d'ordre éthique. Cette étude nécessite une totale objectivité qui est garantie ici puisque cette théorie reste indépendante et neutre par rapport aux enjeux que sous-tendent ces questions. Cette méthodologie va permettre d'établir un cadre théorique susceptible de mettre en lumière les processus cognitifs mis en œuvre lors du jugement éthique. Plusieurs études ont déjà été menées et nous allons donc, dans la partie suivante, citer les travaux utilisant la théorie fonctionnelle de la cognition dans le cadre de question d'ordre éthique. Nous traiterons tout d'abord des études concernant l'éthique médicale puis des études concernant l'éthique en politique.

## Etudes utilisant la théorie fonctionnelle de la cognition en éthique de soins

La méthodologie issue de la théorie d'Anderson a suscité un grand intérêt dans plusieurs domaines de la psychologie. Aussi, des travaux ont vu le jour permettant de développer un cadre théorique aujourd'hui largement utilisé par les chercheurs. Nous allons présenter ici les recherches relatives à l'éthique en sachant qu'à ce jour, c'est surtout le champ de l'éthique dans les soins qui a été étudié. Nous verrons les résultats et donc les implications que seule permet la méthode d'Anderson. Nous soulignerons ensuite comment les principes de ces études peuvent être étendus à d'autres champs de l'éthique comme par exemple celui de la politique auquel font également référence nos travaux.

### *Etude de Frileux, Lelièvre, Munoz Sastre et Sorum (2003)*

La recherche étudie le problème très actuel de l'acceptabilité des décisions de fin de vie, telles qu'elles sont perçues par le citoyen ordinaire. Quels sont les facteurs qui augmentent (diminuent) l'acceptabilité de telles décisions ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Les 72 scénarios cliniques décrivent chacun une situation de fin de vie et sont le résultat de la combinaison de cinq facteurs : l'âge du patient, la curabilité de la maladie, le degré de souffrance, le statut mental du patient et la fréquence des demandes du patient. La question est posée en termes de recours au suicide médicalement assisté ou en termes d'euthanasie. L'échantillon est composé de 194 personnes (répartis en trois groupes d'âge : 66 jeunes adultes, 62 adultes d'âge moyen, 66 adultes plus âgés) habitant en France.

Les résultats montrent que la fréquence de demande du patient est le facteur qui a le plus d'influence sur l'acceptabilité de la situation. L'euthanasie est généralement jugée comme moins acceptable que le suicide médicalement assisté mais cette différence s'atténue avec la répétition des situations. Quand leur âge augmente, les participants donnent plus de poids au facteur âge des patients et moins de poids à sa demande, pour juger de l'acceptabilité des procédures proposées.



En 2004, Frileux et collaborateurs ont voulu apporter des réponses à certaines questions amenées par cette première étude. Pour cela, ils se sont intéressés à des groupes de personnes plus spécifiques. Ils ont proposé les 72 mêmes scénarios à 15 personnes gravement malades et 15 personnes en bonne santé (groupes aux caractéristiques comparables). Il apparaît que les personnes ayant fait l'expérience de la douleur sont plus sensibles au facteur souffrance que les personnes en bonne santé. Ils ont proposé ensuite les mêmes scénarios à 101 personnes. Les scénarios étaient similaires à l'étude de départ, à ceci près que le patient était toujours présenté comme le conjoint du participant et que l'âge de ce conjoint était ajusté à l'âge du participant. Les résultats sont les mêmes que ceux observés dans l'étude de Frileux et al. (2003). Toutefois, il apparaît que le niveau global d'acceptabilité est toujours plus faible quand le patient est le conjoint du participant que lorsque le patient est une personne avec qui il n'a pas de relations. Enfin, les 72 scénarios ont été proposés à 102 personnes, mais cette fois le patient décrit dans ceux-ci est le participant lui-même. Dans cette situation, les résultats montrent que le participant est plus sensible au facteur souffrance qui tend à apparaître comme le plus important. L'impact du facteur altération mentale apparaît comme notable alors qu'il est très réduit dans toutes les études précédentes : l'acceptabilité est plus élevée dans le cas d'altération mentale que dans le cas inverse, et cela d'autant plus que le participant est âgé.

### *Etude de Teisseyre, Mullet et Sorum (2005)*

La recherche concerne à nouveau un certain nombre de questions amenées par l'étude de Frileux et al. (2003). Elle étudie le problème de l'acceptabilité des décisions de fin de vie, telles que perçues par le citoyen ordinaire et également par les professionnels de santé. Quels sont les facteurs qui augmentent (diminuent) l'acceptabilité d'une telle décision ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Cette recherche s'intéresse au facteur demande du patient et plus particulièrement quand le patient est incapable de formuler une demande. Dans ce cas, le facteur attitude de la famille a été étudié. Cette recherche a introduit également un facteur espérance de vie ainsi qu'un facteur précisant si le patient accepte ou non de donner ses organes. Enfin, des questions relatives aux opinions des participants ont été

introduites afin de pouvoir analyser les différences individuelles de réponses. Les 72 scénarios cliniques décrivant chacun une situation de fin de vie sont le résultat de la combinaison de quatre facteurs : l'espérance de vie, la demande du patient, l'attitude de la famille, le don d'organes. L'âge et le genre du patient, la curabilité de la maladie, le degré de souffrance et la qualité de soins ont été maintenus constants. L'échantillon est composé de 221 personnes non professionnelles et 189 professionnels de santé.

Il existe globalement une structure cognitive commune dans les patrons de réponse. Les non-professionnels et les professionnels de santé structurent en effet leurs réponses de la même façon : dans les deux cas, c'est le facteur demande du patient qui a le plus d'impact. La volonté du patient de donner ses organes a peu (non professionnels) ou aucune (professionnels de la santé) importance. Les facteurs demande du patient, espérance de vie et (pour les non-professionnels) don d'organes sont combinés selon une règle additive. Le facteur demande du patient est fortement pris en compte. L'attitude de la famille est peu prise en compte et surtout quand c'est en faveur d'un prolongement des soins (ce facteur joue un plus grand rôle quand le patient ne peut faire aucune demande).

#### *Etude de Guedj, Gibert, Maudet, Muñoz Sastre, Mullet et Sorum (2005)*

Le but de cette recherche est de réexaminer les effets de plusieurs facteurs envisagés dans l'étude de Frileux et al. (2003) mais selon un point de vue purement technique.

Les 16 scénarios décrivant des situations de fin de vie sont le résultat de la combinaison de quatre facteurs : l'identité de celui qui agit (médecin ou patient), l'information du médecin par le patient, la nature de l'action et enfin le type de souffrance. L'échantillon est composé de 115 personnes issues de la population générale et 72 professionnels de santé.

Il apparaît que l'acceptabilité de l'intervention est plus élevée chez les personnes issues de la population générale que chez les professionnels de santé. Dans le cadre de souffrance physique, le niveau d'acceptabilité est élevé sauf si le médecin a lui-même pratiqué l'euthanasie sans que le patient n'en ait fait la demande. Le type de procédure utilisée (active ou passive) n'a pas d'impact sur le degré d'acceptabilité chez les non

professionnels. En revanche, chez les professionnels, lorsque la procédure est passive, le niveau d'acceptabilité est plus élevé. Enfin, les niveaux d'acceptabilité des professionnels sont toujours inférieurs à ceux des non professionnels.

#### *Etude de Guedj, Munoz Sastre, Mullet et Sorum (2006)*

Cette recherche étudie le problème de l'acceptabilité de la rupture du secret médical chez le grand public et chez les professionnels de santé quand il s'agit de protéger la femme d'un patient atteint de maladie sexuellement transmissible. Quels sont les facteurs qui augmentent (diminuent) l'acceptabilité d'une telle décision ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Les 48 scénarios cliniques sont le résultat de la combinaison de cinq facteurs : la gravité de la maladie (sévère, mortelle), le temps de discussion avec le médecin, l'intention du patient de révéler sa maladie, la consultation du médecin avec un spécialiste et l'intention d'adopter un comportement pour éviter de nuire. L'échantillon est composé de 161 personnes (réparties en trois groupes 144 personnes issues de la population générale, 10 psychologues et 7 médecins).

Dans l'ensemble, les médecins restent plus en faveur de la confidentialité que le grand public. L'intention d'adopter un comportement de protection et d'informer sa femme de la maladie sont les facteurs qui ont le plus d'impact. A l'inverse, les facteurs discussion avec le médecin et fatalité de l'atteinte ont peu d'influence sur le niveau d'acceptabilité. Une analyse en cluster a permis d'individualiser quatre groupes de répondants : la rupture du secret médical est globalement toujours acceptable (n=14), elle dépend des circonstances (n=87), elle requiert la consultation d'un expert (n=30) ou elle n'est jamais acceptable (n=13).

#### *Etude de Munoz Sastre, Peccarisi, Legrain, Mullet, et Sorum (2007)*

Cette étude étudie le problème de l'acceptabilité de l'avortement en France chez les adolescentes. Quels sont les facteurs qui augmentent (diminuent) l'acceptabilité d'une telle procédure ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Les 64 scénarios cliniques sont le résultat de la combinaison de cinq facteurs : l'âge de l'adolescente, le projet de l'adolescente de continuer ou non ses études, l'âge du fœtus, l'accord des parents de l'adolescente, l'accord du père du bébé.

L'échantillon est composé de 204 personnes résidant en France. Les participants ont pu être répartis en quatre groupes approximativement égaux : 52 jeunes adultes (entre 18 et 28 ans), 53 adultes (29-44 ans), 53 adultes d'âge moyen (45-60ans) et 48 adultes plus âgés (plus de 61 ans).

Trois clusters ont pu être individualisés : l'avortement n'est jamais acceptable, l'avortement est toujours acceptable, l'acceptabilité de l'avortement dépend des circonstances (63% des participants). Dans ce dernier groupe, les cinq facteurs étudiés ont un effet sur le niveau d'acceptabilité, mais il apparaît que l'âge du fœtus est celui qui a le plus d'impact. Les résultats de cette étude semblent donc être en accord avec la loi française qui stipule que l'acceptabilité de l'avortement chez les mineurs dépend des circonstances et plus particulièrement de l'âge du fœtus.

### *Etude de Guedj, Muñoz Sastre, Mullet, et Sorum (2009)*

Cette recherche étudie le problème de l'acceptabilité de la rupture du secret médical chez le grand public et chez les professionnels de santé quand il s'agit de protéger la femme d'un partenaire potentiellement violent. Quels sont les facteurs qui augmentent (diminuent) l'acceptabilité d'une telle décision ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Les 48 scénarios cliniques sont le résultat de la combinaison de cinq facteurs : la consultation d'un spécialiste par le médecin, le risque représenté par le patient (mort ou blessures), l'intention du patient de suivre une psychothérapie, le temps de discussion avec le médecin, la présence de maladie mentale. L'échantillon est composé de 186 personnes (153 personnes issues de la population générale, 33 professionnels de santé)

Les personnes issues de la population générale sont plus en faveur d'une rupture de secret médical que les professionnels de santé. Le facteur consultation avec un expert est celui qui a le plus d'impact suivi de l'intention de suivre un traitement. Quatre groupes de répondants ont pu être mis en évidence : ceux qui considèrent que la rupture

du secret médical est toujours acceptable (12%), dépend des circonstances (57%), requiert la consultation d'un expert (17%) et n'est jamais acceptable (14%).

### *Etude de Teisseyre, Duarte dos Reis, Sorum et Mullet (2009)*

Cette recherche étudie le problème de l'acceptabilité d'une décision pour un médecin de mettre fin à la vie d'un nouveau né atteint d'un problème grave de santé. Quels sont les facteurs qui augmentent (diminuent) l'acceptabilité d'une telle décision ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Les 54 scénarios cliniques sont le résultat de la combinaison de trois facteurs : le niveau de maturité, le niveau de sévérité du problème de santé, la préférence des parents. Les médecins pratiquaient soit une euthanasie active, soit un refus de soins, soit un arrêt des soins. L'échantillon est composé de 1635 personnes.

Les résultats montrent que les participants accordent plus d'importance à la demande des parents ainsi qu'à la sévérité du problème de santé du bébé qu'aux autres facteurs étudiés. Seul un petit groupe de 12% considèrent que la pratique n'est jamais acceptable. Pour les autres participants, les graphes montrent qu'ils ont utilisé une règle additive dans l'intégration des informations.

## **Etudes utilisant la théorie fonctionnelle de la cognition en éthique politique**

Notre travail ne concerne pas des questions d'ordre strictement médical. Or, les principes des travaux en éthique des soins peuvent être étendus à d'autres domaines de recherche et notamment un autre champ qui nous intéresse aussi dans le cadre de ce travail : l'éthique en politique. Ce domaine constitue en réalité un front pionnier de recherche puisque rares sont les études publiées à ce jour. D'autres études parallèles à notre travail sont actuellement en cours de réalisation. Une étude similaire à notre premier travail est actuellement menée à Bogotta en Colombie où le problème de la drogue est particulièrement saillant. D'autres travaux sont également en cours sur le problème des sociétés post-esclavagistes et sur la réintégration des FARC en Colombie.

### *Etude de Kpanake et Mullet (2010)*

Cette recherche étudie le problème de l'acceptabilité des amnisties au Togo jugé par des personnes issues de la population générale. Quels sont les facteurs qui augmentent (diminuent) l'acceptabilité d'une telle décision ? Comment ces facteurs se combinent-ils ?

Les scénarios sont le résultat de la combinaison de cinq facteurs : la qualité et la quantité des renseignements que le candidat à l'amnistie était disposé à révéler, la présence ou l'absence d'excuses sincères, l'opportunité donnée aux victimes de raconter leur histoire, la compensation pour le mal fait, le niveau de la punition du candidat. L'échantillon est composé de 351 personnes.

Les résultats montrent que le facteur qui a le plus d'influence est la présence des excuses sincères : plus la qualité et la quantité des excuses sont importantes et plus le niveau d'acceptabilité augmente. De même, plusieurs interactions impliquant la vérité et les facteurs d'excuse ont été observées. Peu de situations sont considérées comme acceptables puisque le niveau d'acceptabilité augmente seulement quand plusieurs facteurs sont présents simultanément.

### *Etude de Neto, da Conceição Pinto, Rivière et Mullet (2007)*

Cette recherche examine le problème de la légitimité perçue des interventions militaires et humanitaires de l'ONU par les habitants de deux pays Africains (ayant été le lieu de nombreux conflits par le passé). Quels sont les facteurs qui peuvent avoir un impact sur l'acceptabilité de ces interventions et comment ces facteurs se combinent-ils ?

Les scénarios sont le résultat de la combinaison de cinq facteurs : le projet politique du gouvernement face à la minorité ethnique, le niveau d'isolement du pays, le nombre de groupes ethniques dans le pays, le niveau de contact entre le groupe majoritaire et l'autre groupe, la situation politico-économique dans le pays.

Les résultats montrent que 10% des répondants ont jugé que, dans toutes les situations même les plus extrêmes, les interventions de l'ONU sont légitimes. 33% ont estimé que dans le cas où un gouvernement menace les minorités dans le pays, les

interventions sont légitimes. Enfin, pour la majorité des répondants (57%) la légitimité des interventions militaires et humanitaires a dépendu des circonstances concrètes.

## Méthodologie expérimentale issue de la théorie d'Anderson

### *Continuités méthodologiques avec les études antérieures en éthique*

Dans la mesure où notre travail se situe sur un front pionnier, il s'agira donc d'utiliser les principes des études réalisées en éthique jusqu'à ce jour et de les appliquer au domaine « médico-politique » qui nous concerne ici. Pour ce faire, nous devons respecter plusieurs éléments fondamentaux afin de garantir une réelle continuité méthodologique avec les études antérieures que nous venons de citer.

Dans le cadre de ces questions éthiques, il est nécessaire avant tout d'avoir un questionnement général qui ne prend pas uniquement en compte l'avis d'un expert en la matière. Dans nos travaux, nous avons ainsi eu recours à la méthode des focus group (développée plus loin) afin de faire émerger les problématiques principales en lien avec notre domaine de recherche.

En outre, tout questionnement éthique est en rapport avec des situations du quotidien. De ce fait, les questions éthiques ne peuvent être posées de manière abstraite. Au contraire, les individus seront bien plus à même de juger naturellement des questions concrètes et précises. Aussi, les scénarios proposés doivent être les plus proches possibles de la réalité même si cela peut les rendre volumineux et lourds.

Enfin, le but est de mettre en évidence les facteurs qui influencent le jugement des répondants et quel poids est attribué à chacun de ces facteurs. A terme, il s'agit pour le chercheur de mettre en évidence les règles de jugement des répondants. Pour cela, l'ensemble des scénarios proposés doit être organisé selon un plan orthogonal. De cette manière, l'opérateur pourra mesurer les poids attribués aux facteurs et ensuite il pourra mettre en évidence la règle de jugement utilisée alors même que les individus sont incapables d'expliquer le processus cognitif qu'ils ont utilisé.

## *Conditions expérimentales nécessaires*

Afin de mettre en évidence les processus cognitifs en jeu, l'utilisation de la méthode d'Anderson nécessite de respecter deux conditions expérimentales primordiales.

Tout d'abord, il faut s'assurer de l'indépendance des facteurs choisis. De plus, les scénarios proposés doivent représenter la totalité des combinaisons possibles entre des variables indépendantes à observer selon un plan factoriel orthogonal.

Ainsi, dans notre première étude, nous avons sélectionné trois facteurs indépendants : **les campagnes d'information menées par l'Etat** (ce facteur a deux modalités : *pas de campagnes ou nombreuses campagnes dans les écoles et les institutions*), **la demande intérieure en drogue** (ce facteur a deux modalités : *une certaine demande ou une très forte demande*) et **la politique de l'Etat face aux drogues** (ce facteur a sept modalités : *il tolère les drogues douces mais interdit les drogues dures, il tolère les drogues douces et réglemente les drogues dures, il réglemente les deux marchés, il réglemente les drogues douces et tolère les drogues dures, il tolère les douces et interdit les drogues dures, il interdit toutes formes de drogues, il tolère toutes formes de drogues*).

Dans notre seconde étude, nous avons cinq facteurs indépendants : **le caractère scientifique des preuves de la relation entre consommation et maladie** (ce facteur a deux modalités : *relation soupçonnée ou scientifiquement prouvée*), **le temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse** (ce facteur a deux modalités : *30 ans ou 5 ans*), **le degré de généralité du risque** (ce facteur a deux modalités : *touche certaines personnes particulièrement susceptibles ou bien la population générale*), **le degré auquel la personne a consommé la substance potentiellement dangereuse** (ce facteur a deux modalités : *consommation modérée ou immodérée*), et enfin **l'intervention de l'Etat** (ce facteur a cinq modalités : *aucune action et les ventes sont monopole d'Etat, aucune action et les ventes ne sont pas monopole d'Etat, information du public sur les risques et les ventes sont monopole d'Etat, information du public sur les risques et non-monopole d'Etat et enfin, information du public et interdiction à la vente*).



La deuxième condition expérimentale est la suivante : l'échelle de réponse doit être linéaire et non numériquement graduée. C'est seulement dans un deuxième temps que l'opérateur traduira la réponse en valeur numérique. Dans notre première étude, pour juger de l'acceptabilité de la position de l'Etat, nous utilisons une échelle continue de « *pas du tout acceptable* » à « *tout à fait acceptable* ». Dans notre seconde étude, pour juger du degré de responsabilité de l'Etat, nous utilisons donc une échelle continue de « *aucune responsabilité* » à « *responsabilité totale* ».

Enfin, pour faciliter et garantir le travail des participants, cette méthode requiert au préalable de réaliser une phase de familiarisation, afin de permettre aux sujets de se construire leur propre règle algébrique.



# **PARTIE EMPIRIQUE**

---



# **ETUDE SUR LE JUGEMENT D'ACCEPTABILITE DE LA POSITION POLITIQUE DE L'ETAT FACE AU PROBLEME DES DROGUES**

---

## **PROBLEMATIQUE**

L'indépendance propre à chaque Etat lui permet d'établir et de faire appliquer des lois qu'aucune autorité ni aucune organisation internationale ne peut contester. Concernant les substances addictives, bien que les politiques soient limitées par les traités internationaux, elles restent sensiblement différentes d'une partie à l'autre du monde et elles sont appliquées inégalement. Ce phénomène des drogues préoccupe les décideurs politiques qui ne parviennent pas à trouver un réel équilibre entre interdiction et permission. Selon ONUDC, environ 230 millions de personnes, soit 5% de la population adulte mondiale, auraient consommé une drogue illicite au moins une fois en 2010 (United Nations : Office on Drugs and Crime, 2012). Or, les toxicomanes ont cinq à dix fois plus de risques de mourir qu'une population équivalente et non consommatrice (Lopez, Martineau, & Palle, 2004). Aux Etats-Unis, le nombre total de décès dus à la consommation de cocaïne ou d'héroïne est de l'ordre de 30 000 personnes par an, soit deux fois plus que le nombre d'homicides dans ce pays (Jenner, 2011). Au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en France, il est respectivement de l'ordre de 1500, 500 et 300 personnes par an (Cruts, Buster, Vincente, Deerenberg & van Laar, 2008). Aussi, pour les responsables politiques, il s'agit non seulement de réduire la mortalité issue de la consommation des drogues, mais également de diminuer celle issue du trafic de ces substances toxiques. Goode (1998) a tenté de faire un inventaire précis des diverses politiques appliquées ou applicables aujourd'hui. Ainsi, il décrit cinq positions : *les conservateurs culturels, les libéralistes du libre échange, les*

*légalisationnistes progressistes, les prohibitionnistes progressistes et les constructionnistes radicaux.*

Dans le passé, le libre échange était majoritaire et selon cette position, les drogues étaient considérées comme des biens de consommation au même titre que les autres. Ainsi, jusqu'en 1914, aux Etats-Unis, le marché des substances n'était pas du tout réglementé : une part non négligeable de la population américaine consommait de l'opium ou de l'héroïne sans être inquiétée par les forces de l'ordre (Courtwright, 1982). Aux Etats-Unis comme en France et dans la plupart des pays aujourd'hui, l'Etat a adopté une position *conservatrice culturelle* en prenant des mesures plutôt prohibitives mais cela ne permet pas vraiment d'enrayer le problème. Si les consommateurs et les revendeurs sont poursuivis, dans les faits, la prohibition engendre une grande variabilité dans la qualité des produits consommés et de nombreuses overdoses accidentelles sont enregistrés notamment pour les drogues dures. Par ailleurs, les drogues illicites se vendent clandestinement et la masse monétaire issue de leur commerce favorise non seulement le renforcement de la criminalité transnationale organisée mais également une importante corruption. En France, le niveau d'homicides lié au trafic de drogue demeure heureusement modéré mais la corruption est bien présente (y compris semble-t-il au sein même de l'Etat et des forces de police).

Certains pays tels que les Pays Bas font exception. En effet, cet Etat a adopté une politique *légalisationniste* et s'occupe lui-même de réguler la production et la distribution des drogues douces. Elles sont ainsi vendues et consommées librement dans certains lieux publics. De même, les consommateurs de drogues dures sont moins sévèrement poursuivis qu'en France bien que ces drogues soient officiellement illégales. Dans des pays comme la Suisse ou le Mexique, c'est la *prohibition progressiste* qui est en cours puisque les drogues douces restent illégales mais tolérées dans les faits. Dans ces Etats, les consommateurs sont médicalement assistés et accompagnés aux frais du Gouvernement.

Si chaque Etat doit tenir compte de sa propre demande intérieure concernant la drogue, son action peut concrètement se situer à différents niveaux : préventif avec des campagnes de sensibilisation sur les dangers de la drogue, répressif en poursuivant les trafiquants, les producteurs et les consommateurs, et/ou enfin, en accompagnant les consommateurs avec des programmes d'aide et de suivi. Finalement, dans chaque pays,

les orientations politiques prises par rapport aux drogues sont le reflet des principes moraux, religieux et philosophiques qui dominent au moment où la politique a été implantée. Bien que les politiques possibles soient multiples, jusqu'à maintenant, les études se focalisent principalement sur deux positions : la *légalisation* et la *prohibition*. Pourtant, cette approche binaire ne permet pas de saisir l'ensemble des opinions présentes dans la population. En outre, il apparaît qu'aucune étude n'a cherché jusqu'à maintenant à établir le poids des différents facteurs qui pourraient influencer le jugement du grand public concernant l'acceptabilité des positions prises par l'Etat face aux drogues.

Déterminer les facteurs prépondérants et leurs interactions pourraient être pourtant utile pour mieux comprendre la manière dont les citoyens perçoivent l'acceptabilité de la position politique de l'Etat face aux drogues dures et aux drogues douces. Pour cela, dans notre étude, nous avons choisi de nous intéresser au grand public. Nous avons sélectionné par ailleurs des facteurs contextuels susceptibles d'avoir une influence qui s'ajouterait à celle de la politique menée par l'Etat : l'importance de la demande intérieure en drogue dans le pays considéré ainsi que la présence de campagnes de prévention.

En ce qui concerne le contrôle des drogues, trois types de mesures ont été mises en œuvre : l'interdiction totale (comme aux Etats-Unis ou en France), la réglementation par l'Etat (comme aux Pays-Bas pour les drogues douces) et le *laissez faire* (comme au XIX<sup>ème</sup> siècle). Ces politiques peuvent être différentes selon le type de drogues (dures ou douces) et théoriquement, le croisement de ces différentes options donne lieu à neuf politiques distinctes décrites dans le *tableau 2* suivant.

Tableau 2 :

Les neuf positions politiques théoriques relatives aux drogues douces et aux drogues dures

Drogues douces	Drogues dures	Correspondance avec positions de Goode	Commentaires
« Laissez faire »		<b>Libéralistes du libre échange</b>	
Régulation par l'Etat		<b>Légalisationnistes progressistes</b>	
« Laissez faire »	Régulation par l'Etat	<b>Légalisationnistes progressistes</b>	Peut exprimer une vision optimiste des <i>légalisationnistes progressifs</i> désireux de minimiser la dangerosité des drogues douces.
Régulation par l'Etat	Prohibition stricte	<b>Prohibitionnistes progressistes</b>	
« Laissez faire »	Prohibition stricte	<b>Prohibitionnistes progressistes</b>	Peut exprimer une vision des <i>prohibitionnistes progressifs</i> désireux de bien différencier les problèmes de santé liés aux drogues douces et ceux liés aux drogues dures
Régulation par l'Etat	« Laissez faire »		Peut être un point de vue selon lequel la réglementation doit concerner surtout la drogue la plus consommée, tout en supposant que les consommateurs de drogues dures sont, de toute façon, difficiles à contrôler et à réhabiliter.
Prohibition stricte		<b>Conservateurs culturels</b>	
Prohibition stricte	« Laissez faire »	.	Éliminé de l'étude
Prohibition stricte	Régulation par l'Etat	.	Éliminé de l'étude

Dans notre étude, sept positions politiques ont été retenues pour la construction des scénarios, puisque deux, logiquement inapplicables dans les faits, ont été écartées. Notre étude diffère des études antérieures car les participants ont dû juger de l'acceptabilité des différentes positions globales de l'Etat. En effet, les composantes de chaque politique (échange de seringue, salles de shoot) n'ont pas été étudiées dans le détail comme le font la plupart des travaux antérieurs sur le sujet. C'est bien la position politique de l'Etat par rapport aux autres positions politiques qui a été envisagée ici. Ce point de vue est innovant et la méthodologie utilisée devrait en particulier permettre de



mettre en évidence toutes les positions politiques existantes dans la population générale sans se cantonner à une simple opposition prohibition/légalisation.

## OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Notre recherche a pour objet d'étude **le degré d'acceptabilité de la position de l'Etat face au phénomène des drogues dures et des drogues douces tel qu'il est perçu par le citoyen ordinaire.**

Le premier objectif de cette recherche, qui s'inscrit dans le domaine de la Psychologie Cognitive appliquée à la Psychologie de la Santé, est d'étudier les jugements que font les hommes et les femmes adultes sur l'acceptabilité de la position de l'Etat face au phénomène des drogues. Ainsi, nous nous proposons d'étudier les facteurs qui, dans différentes situations où un Etat prend position face aux drogues dures et aux drogues douces, vont faire que sa politique est perçue comme pas du tout acceptable, peu acceptable ou tout à fait acceptable.

Pour cela, nous utiliserons des scénarios construits selon les principes de la *Théorie Fonctionnelle de la cognition* d'Anderson. Les vingt huit scénarios qui doivent être jugés sont le résultat de la manipulation des trois facteurs que nous avons sélectionnés :

- ✦ **Les campagnes d'information menées par l'Etat** : pas de campagnes ou nombreuses campagnes dans les écoles et les institutions.
- ✦ **L'importance de la demande intérieure** : une certaine demande ou une très forte demande.
- ✦ **L'action de l'Etat** : il tolère le marché des drogues douces mais interdit celui des drogues dures ou il tolère le marché des drogues douces et réglemente celui des drogues dures ou il réglemente les deux marchés ou il réglemente le marché des drogues douces et tolère celui des drogues dures ou il tolère le marché des drogues douces et interdit celui des drogues dures ou il interdit toutes formes de drogues ou enfin, le « laissez-faire » : il tolère toutes formes de drogues.

Etant donné l'absence de littérature concernant notre sujet, ces variables ont été sélectionnées au moyen de *focus groups*. Cette méthode qualitative est une technique utilisée pour étudier les problématiques sociétales. Il s'agit d'un entretien réunissant deux à sept personnes et focalisé sur une problématique donnée. Réunis plusieurs fois en France et également en Colombie (pays où le problème de la drogue est particulièrement saillant), ces groupes ont permis de faire émerger les données importantes et fondamentales relatives à la problématique en question.

Nous utiliserons donc les différentes variables qui ont pu être isolées en les intégrant à un plan expérimental orthogonal afin de proposer toutes les combinaisons possibles de leurs différentes modalités. L'acceptabilité de la position de l'Etat face aux drogues devrait être déterminée par ces différents facteurs en fonction de l'ordre d'importance qui leur sera attribué par les répondants.

D'après les travaux d'Anderson concernant l'algèbre cognitive, nous nous attendons à ce que ce modèle varie en fonction de certaines caractéristiques des répondants qui pourront donc être rassemblées en différents groupes.

L'ensemble de nos facteurs n'ayant jamais été étudié dans la littérature scientifique, les résultats sont particulièrement difficiles à prévoir. Compte tenu de la méthode utilisée, nous pouvons toutefois envisager **les hypothèses de recherche** suivantes :

- ✦ Nous nous attendons à ce que les répondants jugent du degré d'acceptabilité de la position de l'Etat face aux drogues en tenant compte des trois facteurs : (a) « campagnes d'information menée par l'Etat » : pas de campagnes, nombreuses campagnes, (b) « importance de la demande intérieure » : une certaine demande, une forte demande, (c) « action de l'Etat » : il tolère les drogues douces mais interdit les drogues dures, il tolère les drogues douces et réglemente le marché des drogues dures, il réglemente les deux marchés, il réglemente le marché des drogues douces et tolère les drogues dures, il tolère les douces et interdit les drogues dures, il interdit toutes formes de drogues, le « laissez-faire » : il tolère toutes formes de drogues.
- ✦ Nous nous attendons à ce que les répondants donnent des poids différents à ces trois facteurs.

- ✦ Notre hypothèse principale est la suivante : nous nous attendons à retrouver plusieurs patrons de réponse distincts qui pourraient par ailleurs correspondre aux positions politiques décrites par Goode (1998) :

Un groupe en faveur de l'interdiction stricte de tout type de drogues. Ce groupe serait favorable à la politique qui domine actuellement en France comme dans une large majorité des pays dans le monde : ceux que Goode appelle les **conservateurs culturels**.

Un groupe favorable à la prohibition des drogues dures et à la réglementation des drogues douces. Ce groupe défendrait donc une politique semblable à celle menée actuellement par un de nos voisins européens : les Pays-Bas. Cette même position correspond à celle menée en France pour l'alcool et le tabac : les **légalisationnistes progressistes** de Goode.

Et enfin un groupe pour lequel aucune des positions politiques n'est plus acceptable qu'une autre. Pour ce groupe, la véritable question serait de savoir pourquoi tant de personnes consomment des drogues notamment dans des pays riches tel que la France où les produits illicites sont pourtant très chers. Ce sont donc les **radicaux constructionnistes** de Goode.

- ✦ Enfin, nous pensons que les différents groupes de répondants se définiront en fonction de caractéristiques individuelles telles que le sexe, l'âge, l'orientation politique, la situation familiale, la pratique religieuse, le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle, la croyance religieuse, le fait de consommer du tabac, de l'alcool ou une substance illicite.

## METHODES

### Participants

Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon composé d'hommes et de femmes adultes, issus de la population générale interrogée aléatoirement dans la rue.

Nous avons contacté environ 400 personnes et sur ces 400, 225 sujets (56%) ont accepté de répondre à notre étude.

Les critères d'inclusion utilisés pour la sélection des participants étaient l'âge (minimum 18 ans), la langue française (parlée couramment afin de pouvoir comprendre l'ensemble des éléments décrits dans chaque scénario), mais également l'accord éclairé de participation à cette étude.

Les participants ont été interrogés dans le Sud-ouest de la France et plus particulièrement en Haute-Garonne (dans la ville de Toulouse et son agglomération), dans le Nord-Ouest et plus particulièrement en Ile-et-Vilaine et dans le Morbihan (autour des villes de Rennes et Vannes) et également dans le Sud-est de la France et plus particulièrement dans le Var (dans la ville de Draguignan et ses environs). Le but était d'obtenir un échantillon composé de répondants citadins mais également issus de zones périurbaines et rurales.

Nous avons pris en compte des variables indépendantes (telles que le sexe, l'âge, l'orientation politique, la situation familiale, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, le fait de consommer du tabac, de l'alcool ou une substance illicite) qui reflètent différentes caractéristiques des répondants.

Notre échantillon, décrit dans le *tableau 3*, est ainsi composé de 225 personnes dont 93 hommes et 132 femmes âgés de 18 à 81 ans (âge moyen de 35 ans). Parmi les répondants 88 sont célibataires, 101 sont mariés/pacsés ou vivent en concubinage, 27 sont divorcés/séparés et 9 sont veufs. Parmi les répondants, 88 se disent plutôt à gauche, 62 plutôt au centre et 74 plutôt à droite. La majorité des répondants : 203 ont au moins un diplôme équivalent au Baccalauréat. Toutes les catégories professionnelles sont représentées. La moitié des personnes consomment du tabac (n=113), une grande majorité (n=191) consomme de l'alcool et une large majorité (n=198) ne consomme aucune drogue illicite.

Tableau 3 :

Caractéristiques sociodémographiques de la population de recherche pour la première étude.

	Age	Entre 18 et 81 ans (m=35,5ans)		
	Sexe	H(m=36)	F (m=35)	T
	Nombre de sujets	93	132	225
<b>Etat civil</b>	<i>Célibataire</i>	51	37	88
	<i>Marié/Union libre</i>	28	73	101
	<i>Séparé/Divorcé</i>	10	17	27
	<i>Veuf/Veuve</i>	4	5	9
<b>Orientation politique</b>	<i>Plutôt à gauche</i>	44	46	88
	<i>Plutôt au centre</i>	20	42	62
	<i>Plutôt à droite</i>	29	45	74
<b>Niveau d'études</b>	<i>BEPC, CAP, BEP</i>	8	14	22
	<i>Baccalauréat</i>	19	16	35
	<i>Bac+2</i>	20	23	43
	<i>Bac+3 et Bac+4</i>	22	55	77
	<i>Bac+5 et plus</i>	24	24	48
<b>Situation professionnelle</b>	<i>Agriculteur</i>	0	2	2
	<i>Artisan, commerçant</i>	3	3	6
	<i>Cadre</i>	24	21	45
	<i>Prof intermédiaire</i>	20	12	32
	<i>Employé</i>	7	25	32
	<i>Ouvrier</i>	7	2	9
	<i>Retraité</i>	7	9	16
	<i>Etudiant</i>	20	30	50
	<i>Chômeur</i>	5	12	17
	<i>Au foyer</i>	0	17	17
<b>Juriste</b>	<i>Oui</i>	1	9	10
	<i>Non</i>	92	123	215
<b>Consommation tabac</b>	<i>Non</i>	32	80	112
	<i>Oui, modéré</i>	28	44	72
	<i>Oui, immodéré</i>	33	8	41

<b>Consommation alcool</b>	<i>Non</i>	8	25	33
	<i>Oui, modéré</i>	83	99	182
	<i>Oui immodéré</i>	2	7	9
<b>Consommation subst. illicites</b>	<i>Non</i>	81	117	198
	<i>Oui, modéré</i>	12	13	25
	<i>Oui, immodéré</i>	0	2	2

## Matériel

Le matériel utilisé pour la réalisation de cette étude se compose :

- ✦ d'un cahier de 28 scénarios réalisés d'après la théorie d'Anderson,
- ✦ d'une page de renseignements concernant les caractéristiques personnelles des participants,
- ✦ D'une fiche de consentement éclairé de participation.

### *Les scénarios*

Il s'agit d'un cahier regroupant les 28 scénarios (Annexe 1) réalisés en fonction de la théorie d'Anderson et du plan expérimental qui en découle. Ils décrivent des situations fictives inspirées de la littérature et caractérisées par trois informations qui sont des modalités des facteurs intra-sujets présentés précédemment. Ainsi, en croisant les deux modalités du facteur «**degré d'importance de la demande intérieure** » avec les deux modalités du facteur «**campagne d'information** », avec les sept modalités du facteur «**politique de l'Etat** », on obtient 28 possibilités de scénarios.

Pour y répondre, les participants doivent se positionner, après chaque proposition, sur une échelle de jugement en dix points allant de « *Pas du tout acceptable* » à « *Tout à fait acceptable* ».

### *Exemple de scénario*

*Le Nerhal est une petite république de 10 millions d'habitants  
Au Nerhal comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour des  
drogues douces et pour des drogues dures.*

*L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information  
pour avertir des dangers associés à la consommation des drogues.*

*L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente de toutes les drogues et d'en  
assurer la production et la distribution. Les drogues se vendent correctement  
empaquetées, au dosage exact, dans des magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est  
certes élevé mais non prohibitif, au point que les trafiquants ont dû abandonner le  
marché global de la drogue.*

*La qualité des drogues est garantie. Par conséquent, peu d'accidents  
(overdoses) sont enregistrés.*

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de  
l'Etat soit politiquement acceptable ?*

*Pas du tout acceptable o--o--o--o--o--o--o--o--o--o Tout à fait acceptable*

### *Les facteurs*

La théorie d'Anderson permet de constituer un plan expérimental croisant de manière orthogonale les différents facteurs intra-sujets et inter-sujets relatifs à cette étude.

**Les facteurs intra-sujets** sont les variables indépendantes qui sont manipulées lors de la construction des scénarios. Leurs différentes modalités ont été rassemblées dans le *tableau 4* suivant.

Tableau 4:  
Descriptif des facteurs intra-sujets pour la première étude

Facteurs intra sujets	Modalités
<b>I</b> : Information du public	1. Aucune campagne 2. Campagnes nombreuses
<b>D</b> : Importance demande intérieure	1. Une certaine demande 1. Une forte demande
<b>P</b> : Politique de l'Etat	1. Tolère drogues douces/interdit drogues dures 2. Tolère drogues douces/réglemente drogues dures 3. Réglemente toutes les drogues 4. Réglemente drogues douces/tolère drogues dures, 5. Tolère les douces et interdit les drogues dures, 6. Interdit toutes les drogues 7. Tolère toutes les drogues (« laissez-faire »)

Les **facteurs inter-sujets** sont les variables contrôlées qui ont été utilisées pour créer une vignette de renseignements concernant les participants. Elle est ajoutée à la suite des scénarios. Les différentes modalités sont rassemblées dans le *tableau 3* (voir paragraphe précédent).

### *Questionnaire portant sur les variables individuelles*

Le questionnaire portant sur les variables individuelles est donné aux répondants après les scénarios (Annexe 2).

## Procédure

La passation des deux parties du protocole s'effectue de manière individuelle et dans divers lieux (dans un lieu public, dans une pièce du domicile du répondant ou une pièce du domicile de l'expérimentateur).

Après avoir reçu les explications nécessaires concernant l'étude et l'expérimentation, le participant, s'il accepte, signe l'accord de participation éclairé (Annexe 3). Ensuite, l'expérimentateur lui lit la consigne relative aux scénarios. La



passation se déroule en deux temps et dure en moyenne de 20 à 55 minutes en fonction des participants.

Dans un premier temps, a lieu la **phase de familiarisation**, après lecture de la consigne par l'expérimentateur. Elle permet aux participants de prendre connaissance du matériel et de s'habituer à l'échelle d'acceptation. Durant cette phase, les participants peuvent poser toutes les questions qu'ils souhaitent et peuvent revenir en arrière. Ils disposent pour cette phase d'un carnet composé de six scénarios, constitué de manière aléatoire et doivent utiliser une échelle d'acceptation en dix points, allant de «*pas du tout acceptable*» à «*tout à fait acceptable*», pour donner leur jugement d'acceptation après chaque scénario. Aucune de ces réponses ne sera prise en considération lors du traitement statistique. La phase de familiarisation dure entre 5 et 20 min.

Après cette première phase, l'expérimentateur récupère le premier carnet puis relit la consigne aux participants en leur précisant qu'ils ne peuvent plus poser de questions ou revenir en arrière, la **phase expérimentale** commence alors. Elle dure entre 15 et 35 minutes en fonction du participant. Chacun reçoit un carnet complet comprenant les 28 scénarios présentés dans un ordre aléatoire. Les participants doivent se positionner sur l'échelle d'acceptation en fonction de leur jugement sur la responsabilité de l'Etat relative à chaque scénario.

Chaque réponse sera prise en considération lors des traitements statistiques. A la fin du carnet de scénarios, les participants remplissent la page d'informations réalisée en fonction des facteurs inter-sujets. Une fois le tout rempli, l'expérimentateur le récupère et chaque participant est à nouveau assuré de son anonymat comme au début de la passation.

**Consigne donnée aux répondants avant les deux différentes phases :**

*« Le carnet que je vais vous présenter est constitué de différentes situations fictives relatives à la position de l'Etat face aux drogues dures et aux drogues douces. Merci de bien vouloir répondre de la manière la plus spontanée possible sur l'échelle de jugement qui suit chaque scénario. »*

A la fin de la passation, l'expérimentateur propose ses coordonnées (numéro de téléphone personnel et adresse e-mail) au participant afin qu'il puisse à tout moment se

retirer de l'étude ou obtenir des renseignements. Il faut noter qu'aucun participant n'a demandé de restitution des données qui le concernaient.

Nous avons, pour chaque questionnaire recueilli, converti les réponses des participants en valeurs numériques. Pour les 28 scénarios, la distance entre le point zéro (pas du tout acceptable) et le point correspondant à la réponse du répondant a été mesurée. La distance ainsi chiffrée (de zéro à dix) a été retranscrite à l'état brut dans une matrice des données brutes.

En ce qui concerne les renseignements sur les caractéristiques des sujets, chaque réponse a été associée à une valeur numérique avant d'être reportée dans la matrice des données brutes. Ainsi, l'ensemble des valeurs numériques recueillies dans les 225 protocoles a donné lieu à des traitements et à des analyses statistiques.

## RESULTATS

Les données extraites des 225 protocoles recueillis ont été traitées à l'aide du logiciel STATISTICA. Différents types d'analyses ont été utilisés afin de répondre à l'ensemble de nos objectifs de départ.

Ainsi, dans un premier temps, nous décrirons les résultats obtenus par l'intermédiaire d'une **analyse de variance**, réalisée afin d'observer les niveaux moyens d'acceptabilité de la position de l'Etat face aux drogues, en fonction des différents facteurs du plan expérimental, ainsi que les effets combinés de ces différents facteurs entre eux.

Dans un second temps, une **analyse en cluster** sera réalisée afin de voir si des groupes de participants adoptant le même style de réponses peuvent être dégagés. Sur les groupes qui seront ainsi définis, seront réalisées de nouvelles analyses de variance, afin de décrire les effets combinés des clusters et des différents facteurs intra-sujets.

Etant donné que nous avons pu réunir un nombre de participants conséquent, nous avons choisi un seuil de significativité à  $p < .001$ .

## Résultats des analyses de variance

Une analyse de variance, suivant le plan « Information du public»\* « demande intérieure »\* « Politique de l'état »,  $2*2*7$ , a tout d'abord été réalisée sur les facteurs intra-sujets. La synthèse de tous les effets (Annexe 4) indique que les participants ont pris en compte les trois facteurs proposés dans les scénarios pour juger du degré d'acceptabilité.

### *Effets des facteurs intra-sujets*

Le degré d'acceptabilité moyen relatif aux facteurs « Information du public», « Demande intérieure » et « Politique de l'Etat » indique, d'une part, un degré d'acceptabilité moyen plutôt faible quels que soient les facteurs et leurs modalités et, d'autre part, que les trois facteurs ont des effets significatifs différents sur le niveau d'acceptabilité perçu des répondants (Annexes 5, 6 et 7).

#### **Facteur « Information du public »**

Ce facteur a une influence significative sur le degré d'acceptabilité puisque  $F(1,220)=383,18$ ;  $p<0,000$ . Cet effet peut être traduit de la façon suivante : plus il y a des campagnes menées auprès du public et plus l'acceptabilité de la politique de l'Etat augmente chez les répondants. En effet, ce degré atteint une moyenne de  $m=2,41$  lorsqu'il n'y a aucune campagne d'information du public et  $m=3,67$  lorsqu'il y a des campagnes nombreuses dans les écoles et les institutions.

#### **Facteur « Demande intérieure »**

Ce facteur a une influence certes significative sur le degré d'acceptabilité des répondants puisque  $F(1,220)=15,04$ ;  $p<,0001$ , mais cette influence reste minime. Pour les modalités du facteur, l'écart entre les moyennes d'acceptabilité est faible puisque  $m=2,96$  lorsqu'il y a une certaine demande intérieure et  $m=3,11$  lorsqu'il y a une très forte demande intérieure dans le pays. Ce facteur est celui qui a le moins d'effet sur le degré d'acceptabilité perçu de la politique de l'Etat par les répondants.

### Facteur « Politique de l'Etat »

Le facteur « Politique de l'Etat » a un effet significatif puisque  $F(6,30)=95,22$ ,  $p=.000$ . Les résultats montrent que les répondants ont un degré d'acceptabilité moyen plutôt faible quelle que soit la politique adoptée par l'Etat puisque la moyenne maximum observée est de  $m=4,46$  quand l'Etat réglemente toutes les drogues (Annexe 7). Nous avons choisi de présenter ces résultats sous forme de graphique.

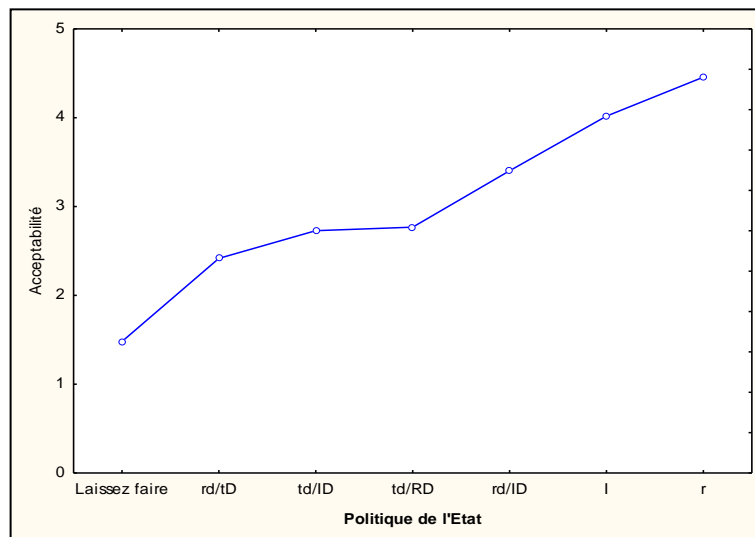


Figure 5 :

Moyennes d'acceptabilité pour le facteur « Politique de l'Etat »

**Laissez faire** : l'Etat tolère toutes les drogues

**Rd/tD** : réglementation drogues douces,

**Td/ID** : interdiction drogues dures,

**Td/RD** : réglementation drogues dures,

**Rd/ID** : réglementation drogues douces et interdiction drogues dures,

**I** : interdiction totale,

**r** : réglementation totale.

La figure montre les effets du facteur « Politique de l'Etat » sur le degré d'acceptabilité moyen de la position de l'Etat par les participants. L'axe horizontal représente la politique de l'Etat et ses sept modalités, soit : le *laissez faire*, il réglemente les douces et tolère les dures, il tolère les douces et interdit les dures, il tolère les douces et réglemente les dures, il réglemente les douces et interdit les dures, il interdit toutes les drogues, il réglemente toutes les drogues. L'axe vertical représente le niveau

d'acceptabilité relatif aux scénarios. Le tracé plein représente la moyenne d'acceptabilité pour chaque modalité du facteur politique de l'Etat. La pente du tracé est croissante, ce qui montre que le *laissez faire* est la politique jugée comme étant la moins acceptable (m=1,48), suivi de la réglementation des drogues douces (m=2,42), puis l'interdiction des drogues dures (m=2,72), puis la réglementation des drogues dures (2,76), puis la réglementation des drogues douces et l'interdiction des drogues dures (m=3,40), suivi de l'interdiction totale (4,02) et enfin la réglementation totale (m=4,46) qui est la politique la plus acceptable selon les répondants.

L'acceptabilité moyenne reste quasiment stable entre les 2, 3 et 4<sup>ème</sup> modalités de la politique de l'Etat : c'est-à-dire qu'à partir du moment où l'Etat tolère un type de drogues alors les participants ne considèrent pas plus acceptable une interdiction ou une réglementation de l'autre type de drogue.

### *Effets combinés des facteurs intra-sujets*

Comme le montre la synthèse de tous les effets (Annexe 4), les effets combinés significatifs sont ceux relatifs à la combinaison des facteurs « Information du public »\* « Politique de l'Etat ». Les autres interactions ne sont pas significatives. Nous avons choisi de présenter ces résultats sous forme graphique. D'après la figure, les facteurs « Information du public » et « Politique de l'Etat » ont un effet combiné assez important puisque  $F(6,1320)=11,74$  pour un seuil de significativité  $p<.000$ .

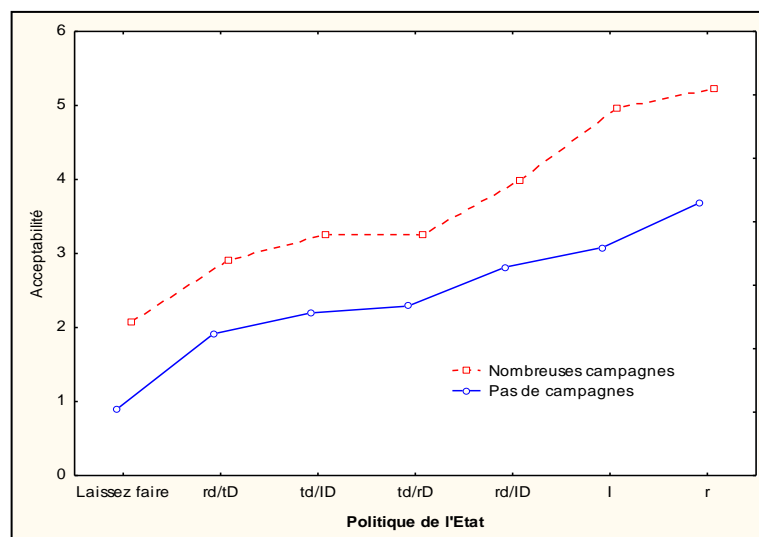


Figure 6 :  
Effets combinés des facteurs information du public et politique de l'Etat

**Laissez faire** : l'Etat tolère toutes les drogues  
**Rd/tD** : réglementation drogues douces,  
**Td/ID** : interdiction drogues dures,  
**Td/RD** : réglementation drogues dures,  
**Rd/ID** : réglementation drogues douces et interdiction drogues dures,  
**I** : interdiction totale,  
**r** : réglementation totale.

La figure 6 montre les effets combinés des facteurs « Information du public » et « Politique de l'Etat » sur le degré d'acceptabilité perçu des participants. L'axe horizontal représente la politique de l'Etat et ses sept modalités, soit : le *laissez faire*, il réglemente les douces et tolère les dures, il tolère les douces et interdit les dures, il tolère les douces et réglemente les dures, il réglemente les douces et interdit les dures, il interdit toutes les drogues, il réglemente toutes les drogues. L'axe vertical représente le niveau d'acceptabilité relatif aux scénarios. La courbe pleine en bas représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « pas de campagnes » et la courbe en pointillés du haut représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « nombreuses campagnes ».

Les deux courbes sont ascendantes et leurs pentes importantes. Ainsi, que l'Etat mène ou non des campagnes, le *laissez faire* est la politique jugée comme étant la moins acceptable, suivi de la réglementation des drogues douces, puis l'interdiction des drogues dures, puis la réglementation des drogues dures, puis la réglementation des

drogues douces et l'interdiction des drogues dures, suivi de l'interdiction totale et enfin la réglementation totale qui est la politique la plus acceptable selon les répondants. Pour résumer, la politique du *laissez faire* est toujours la moins acceptable et la réglementation totale est la plus acceptable tout juste précédée de l'interdiction totale. On remarque par ailleurs que l'écart entre les deux courbes varie : ce dernier est le plus important pour la modalité « interdit toutes les drogues » et également pour la modalité « réglemente toutes les drogues ». Ceci montre que pour ces deux modalités, la présence de campagnes est plus prise en compte par les répondants que pour les autres politiques. Ce qui pourrait se traduire assez logiquement comme suit : si l'Etat interdit toutes les drogues, alors le fait qu'il informe le public est très pris en compte. De même, s'il réglemente toutes les drogues, l'information du public est également très prise en considération.

## Résultats de l'analyse en cluster

L'analyse en cluster, a pour but de regrouper les participants en fonction du patron de réponse qu'ils ont utilisé pour juger l'acceptabilité des politiques de l'Etat face aux drogues. Après avoir traité les données en utilisant cette analyse, les participants ont effectivement pu être répartis dans trois groupes, en fonction de leur type de jugement (Annexe 8).

Afin de pouvoir mieux différencier ces clusters, nous nous sommes intéressés à certaines de leurs caractéristiques issues des facteurs inter-sujets. Seul le facteur « âge » s'est révélé avoir un effet non négligeable. En effet, le sexe n'a pas d'effet, de même l'orientation politique, la pratique religieuse, le fait de consommer de l'alcool ou du tabac ou une drogue ne sont pas des facteurs significatifs.

**Le cluster 1** se compose de 73 participants (32% de l'échantillon), 47 femmes et 26 hommes ; âge moyen de 39,9 ans ; 23 ont un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat, 29 inférieur ou égal à Bac+3, 21 supérieur à Bac+3 ; 10 sont à gauche, 12 au centre et 15 à droite ; 21 sont non croyants, 12 croyants et 3 pratiquants ; 24 ne consomment pas d'alcool, 47 de façon modérée et 16 immodérée ; 24 ne consomment

pas de tabac, 38 de façon modérée et 11 immodérée ; 63 ne consomment pas de drogues et 10 en consomment.

**Le cluster 2** se compose de 60 participants (27%), 35 femmes et 25 hommes ; âge moyen de 31 ans ; 19 ont un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat, 18 inférieur ou égal à Bac+3, 23 supérieur à Bac+3 ; 10 sont à gauche, 12 au centre et 19 à droite ; 10 sont non croyants, 7 croyants et 2 pratiquants ; 7 ne consomment pas d'alcool, 47 de façon modérée et 6 immodérée ; 19 ne consomment pas de tabac, 25 de façon modérée et 16 immodérée ; 54 ne consomment pas de drogues et 6 en consomment.

**Le cluster 3** se compose de 92 participants (41%), 51 femmes et 41 hommes ; âge moyen de 34,9 ans ; 31 ont un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat, 30 inférieur ou égal à Bac+3, 31 supérieur à Bac+3 ; 18 sont à gauche, 10 au centre et 18 à droite ; 14 sont non croyants, 68 croyants et 10 pratiquants ; 14 ne consomment pas d'alcool, 68 de façon modérée et 10 immodérée ; 22 ne consomment pas de tabac, 52 de façon modérée et 18 immodérée ; 76 ne consomment pas de drogues et 16 en consomment.

La composition des clusters est présentée sous forme de tableau en annexe 11.

### *Analyse de variance pour les facteurs inter sujets*

Aux vues des résultats, nous pouvons citer ici le facteur « âge » qui a un effet non négligeable pour les clusters puisque  $F(2,222)=5,19$ ;  $p<,006$ . Nous pouvons supposer que sur un échantillon de sujets plus important, cet effet deviendrait significatif à  $p<.001$ . Les moyennes d'âge par cluster sont présentées dans le *tableau 5* suivant :

*Tableau 5 :*  
*Moyenne d'âge par cluster*

	<b>Age</b>
Cluster 1	39,88
Cluster 2	31
Cluster 3	34,93



Il apparaît que les personnes du cluster 1 sont proches de la quarantaine, ce sont donc les plus âgés. Les personnes du cluster 2 sont les plus jeunes : proches de la trentaine et les personnes du cluster 3 sont globalement intermédiaires par rapport aux deux autres clusters.

Le sexe n'a pas d'effet puisque  $F(2,222)=,52$ ;  $p<,59$ , la situation familiale n'a pas d'effet puisque  $F(8,216)=1,08$ ;  $p<,04$ , le niveau d'études n'a pas d'effet puisque  $F(6,117)=0,83$ ;  $p<,55$ , la catégorie socioprofessionnelle n'a pas d'effet puisque  $F(9,215)=0,60$ ;  $p<,79$ , la pratique religieuse n'a pas d'effet puisque  $F(2,51)=,27$ ;  $p<,77$ , l'orientation politique n'a pas d'effet puisque  $F(2,121)=,74$ ;  $p<,48$ , la consommation de tabac n'a pas d'effet puisque  $F(2,121)=,59$ ;  $p<,55$ , la consommation d'alcool n'a pas d'effet puisque  $F(2,121)=1,05$ ;  $p<,35$ .

### *Analyses de variances pour les facteurs « cluster » et intra sujets*

Une analyse de variance, suivant le plan « Cluster »\*« Information du public »\* « Demande intérieure »\* « Politique de l'Etat » a été réalisée.

La synthèse de tous les effets (Annexe 9) indique que le facteur « Cluster » a un effet significatif sur l'acceptabilité des répondants. Les résultats montrent également l'existence de différents effets combinés du facteur « Cluster » avec les facteurs intra-sujets.

### **Effets du facteur « Clusters » sur le niveau moyen d'acceptabilité**

Avec  $F(2,218)=206,33$ ;  $p<0,00$ , nous voyons que le facteur « Cluster » a bien un effet significatif sur le niveau d'acceptabilité de la position politique de l'Etat. Le *tableau 6* suivant présente les moyennes d'acceptabilité en fonction du facteur « Cluster ».

*Tableau 6 :  
Moyennes d'acceptabilité par cluster*

	Moyenne d'acceptabilité
Cluster 1	1,40
Cluster 2	2,94
Cluster 3	4,36

Le niveau d'acceptabilité présente des écarts importants entre les trois clusters. Il est très bas pour le cluster 1 qui a une moyenne  $m=1,40$ , il est intermédiaire à  $m= 2,94$  pour le cluster 2 et enfin il est le plus haut pour le cluster 3 qui obtient une moyenne  $m= 4,36$  (soit des écarts de plus d'1 point entre deux clusters successifs). Ainsi, les personnes du cluster 1 sont globalement les moins acceptantes, ceux du cluster 3 témoignent au contraire du niveau d'acceptabilité le plus élevé par rapport aux deux autres clusters.

### **Effets des facteurs intra-sujets sur les clusters**

La synthèse de tous les effets (Annexe 9) montre qu'il existe des interactions significatives entre les clusters et les facteurs « Information du public » et « Politique de l'Etat ». L'interaction la plus importante s'observe entre le facteur « Cluster » et le facteur « Politique de l'Etat » :  $F(12,1308)=53,40$  ;  $p<.001$ . La moins importante s'observe entre le facteur « Cluster » et le facteur « Information du public » :  $F(12, 1308)=25,55$  ;  $p<.001$

Afin de mettre en évidence la distribution des participants et la significativité de chaque facteur pour les clusters, nous avons mené également des analyses de variance séparées pour chacun des trois clusters (Annexe 10). Le graphique suivant est celui qui met le mieux en évidence les différences de réponses entre les clusters. Il met en avant notre principal résultat.

### **Effet combiné des facteurs information du public et politique de l'Etat sur les clusters**

La figure montre que l'effet de la combinaison des facteurs « Cluster », « Information du public » et « Politique de l'Etat » a un effet significatif sur le niveau d'acceptabilité avec  $F(12,1308)=3,02$  ;  $p<.0001$ .

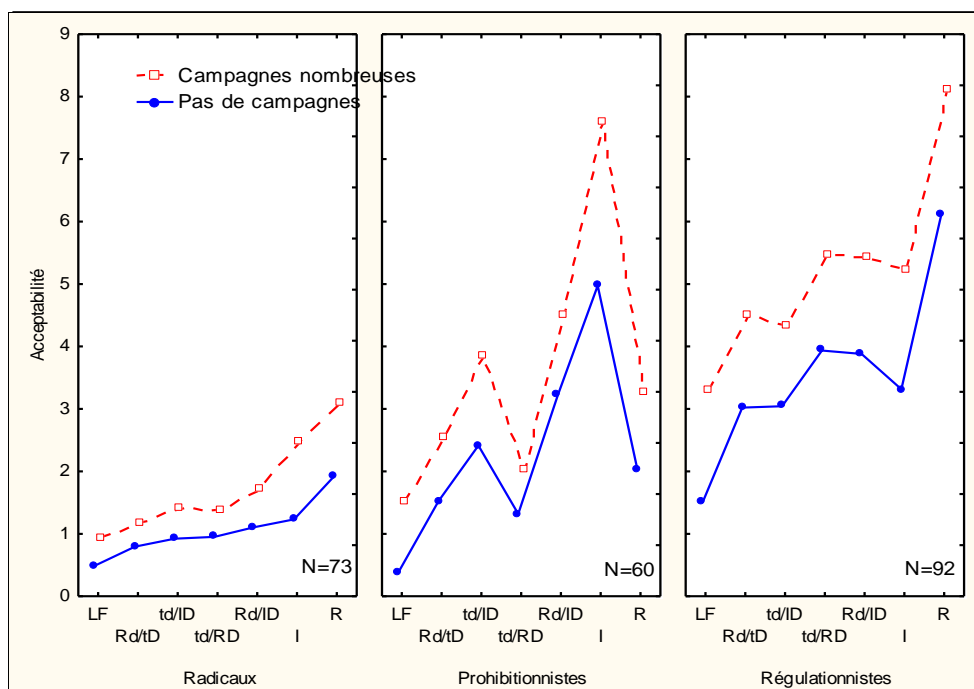


Figure 7 :  
Effets combinés des facteurs « information du public » et « politique de l'Etat » pour chaque cluster.

**LF** : Laissez faire : l'Etat tolère toutes les drogues

**Rd/tD** : réglementation drogues douces,

**Td/ID** : interdiction drogues dures,

**Td/RD** : réglementation drogues dures,

**Rd/ID** : réglementation drogues douces et interdiction drogues dures,

**I** : interdiction totale,

**r** : réglementation totale

La figure 7 montre les effets combinés des clusters avec les facteurs « Information du public » et « Politique de l'Etat ». L'axe horizontal représente la politique de l'Etat et ses sept modalités, soit : le *laissez faire*, il réglemente les douces et tolère les dures, il tolère les douces et interdit les dures, il tolère les douces et réglemente les dures, il réglemente les douces et interdit les dures, il interdit toutes les drogues, il réglemente toutes les drogues. L'axe vertical représente le niveau d'acceptabilité relatif aux scénarios. La courbe pleine représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « pas de campagne » et la courbe en pointillés représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « campagnes nombreuses ». Chaque figure correspond à un cluster : la figure de gauche pour le cluster 1, la figure centrale pour le cluster 2 et la figure de droite pour le cluster 3.

Nous pouvons constater que les tracés et donc les patrons de réponses sont très différents en fonction du cluster considéré. En effet, pour le cluster 1 qui regroupe 73 participants, le tracé est quasi linéaire et les niveaux d'acceptabilité sont globalement assez faibles ( $m=1,40$ ) pour l'ensemble des politiques de l'Etat. De même, la pente du tracé est faiblement croissante, ce qui signifie que l'acceptabilité se modifie peu selon les modalités du facteur « Politique de l'Etat ». Ce cluster peut être défini comme celui des *constructionnistes radicaux* de Goode pour qui aucune politique n'est réellement acceptable. Le degré d'acceptabilité le plus élevé est observé quand l'Etat réglemente toutes les drogues ( $m=2,40$ ). Le facteur information du public est également significatif puisque, quand des campagnes sont menées, l'ensemble des niveaux d'acceptabilité est plus élevé ( $m=1,74$ ) que quand il ne mène aucune campagne ( $m=1,06$ ). Toutefois, l'écart entre les deux tracés est très faible quand l'Etat maintient une politique du *laissez faire*, ce qui signifie que l'information du public n'est plus prise en considération dans ce cas-là. Quand l'Etat interdit ou réglemente tout, cet écart augmente, ce qui signifie que l'information du public est alors beaucoup plus prise en considération par les répondants.

Pour le cluster 2 qui regroupe 60 participants, les tracés sont très irréguliers et présentent notamment un pic majeur. Le niveau d'acceptabilité est donc élevé pour une politique de l'Etat en particulier : quand il interdit toutes les drogues ( $m=6,28$ ). Une autre politique est jugée comme étant un peu plus acceptable que les autres : quand l'Etat tolère les drogues douces et interdit les drogues dures ( $m=3,87$ ). Cette dernière politique reste cependant bien inférieure à la précédente en termes d'acceptabilité (écart de 3 points). Ce cluster peut donc être désigné comme étant celui des *conservateurs culturels* de Goode en faveur de la prohibition des drogues. Le facteur information du public est également significatif puisque, quand des campagnes sont menées ( $m=3,62$ ), le niveau d'acceptabilité est plus haut que quand aucune campagne n'est menée ( $m=2,27$ ). De plus, quand l'Etat interdit toutes les drogues, ce facteur information du public a un effet particulièrement important. En résumé, pour ce cluster, les personnes sont plutôt favorables à une interdiction de toutes les drogues à condition que des campagnes d'information soient menées auprès du public.

Pour le cluster 3 regroupant 92 participants, les tracés présentent également des pics mais qui apparaissent comme étant très différents de ceux du cluster précédent. Les

niveaux d'acceptabilité sont élevés notamment pour une politique de l'Etat : quand ce dernier réglemente toutes les drogues (m=7,11). Bien que le niveau d'acceptabilité soit très inférieur à celui de la réglementation totale, on observe également des pics d'acceptabilité assez élevés pour le cas où l'Etat tolère les drogues douces et réglemente les drogues dures (m=4,70), interdit les drogues dures et régule les drogues douces (m=4,65). Ce cluster peut donc être rapproché de celui des *légalisationnistes progressistes* de Goode qui sont favorables à une légalisation des drogues. Le facteur information du public est également significatif puisque les niveaux d'acceptabilité sont plus élevés quand l'Etat mène des campagnes (m=5,19) que quand il n'en mène pas (m=3,54). Pour ce cluster, l'écart entre les deux courbes est globalement plus important que pour les deux clusters précédents. Ceci signifie que les personnes de ce cluster donnent plus d'importance à l'information du public que les autres clusters. Cet écart reste cependant à peu près constant pour toutes les politiques de l'Etat, ce qui signifie que l'information du public est prise en compte de façon similaire pour toutes les modalités du facteur « Politique de l'Etat ». Notons par ailleurs que pour ce cluster, le facteur demande intérieure est également significatif : quand la demande est forte (m=4,47), les niveaux d'acceptabilité sont plus élevés que quand la demande est faible (m=4,26).

Grâce à un  $\chi^2$ , nous avons pu constater que ces trois clusters n'étaient pas différents les uns des autres en ce qui concerne les caractéristiques démographiques.

## DISCUSSION

Comme nous l'avions envisagé dans notre première hypothèse les répondants ont tenu compte des trois facteurs sélectionnés pour juger de l'acceptabilité de la position de l'Etat face aux drogues. D'un point de vue général, les résultats obtenus montrent un niveau moyen d'acceptabilité de la position de l'Etat plutôt faible. Ceci manifeste bien qu'il s'agit d'un problème épineux pour les répondants qui ont globalement des difficultés à privilégier une solution plus que les autres. On constate cependant que les niveaux moyens d'acceptabilité sont nuancés par différentes

caractéristiques inhérentes à la situation décrite dans les scénarios et liées aux facteurs intra-sujets.

Des poids différents ont été donnés à chacun des facteurs que nous avons sélectionnés. Ainsi, les facteurs prédominants sont la politique de l'Etat puis les campagnes d'information du public. Ceci se retrouve non seulement quand chaque facteur est considéré de manière isolée mais de manière encore plus significative au niveau des interactions entre facteurs.

Le facteur « demande intérieure » a, quant à lui, une influence plus minime. Il semble donc que l'acceptabilité perçue par les citoyens soit peu dépendante de la demande intérieure en drogue dans le pays considéré. En France, il se pourrait ainsi que les opinions concernant les drogues soient liées à des principes de bases généralisables et indépendantes de la situation spécifique de l'Etat considéré. Ce résultat correspond à celui mis en évidence dans l'enquête EROPP (Costes & Ades, 2010).

L'acceptabilité est d'autant plus élevée que le niveau de réglementation de l'Etat s'étend à toutes les drogues, d'une part, et est prohibitif, d'autre part, à la condition que des campagnes soient menées. La politique du *laissez faire* est considérée par tous comme étant la moins acceptable. Cet élément est conforme aux conclusions des études précédentes concernant la perception des personnes quant aux politiques des drogues (Millhorn, Monaghan, Montero, Reyes, Roman, Tollasken, & Walls, 2009 ; Costes, Le Nézet, Spilka & Laffiteau, 2010). Par ailleurs, les campagnes d'information ont plus de poids pour certaines positions politiques. Ainsi, quand l'Etat interdit toutes les drogues ou quand il réglemente toutes les drogues alors le fait de mener des campagnes d'information, ou non, a une plus forte influence sur l'acceptabilité perçue que pour les autres positions politiques de l'Etat. Il serait intéressant de rechercher dans une prochaine étude quel type de campagnes a un véritable effet sur l'acceptabilité des répondants puisque ce sujet n'a pas été traité par la littérature.

Nous arrivons au résultat central de cette étude selon lequel il apparaît clairement que les clusters dégagés lors de l'analyse en cluster sont chacun à l'origine de patterns de réponse bien particuliers. Cette analyse nous a en effet permis de mettre en évidence trois groupes de répondants qui diffèrent par leur mode de jugement. Chacun des groupes a effectivement adopté un patron de réponse spécifique en donnant un poids plus ou moins important à chacun des trois facteurs. Ceci nous amène à notre

hypothèse principale selon laquelle au moins trois des positions définies par Goode pourraient se retrouver dans notre présente étude. Comme nous nous y attendions, nous retrouvons effectivement les politiques correspondant aux « constructionnistes radicaux », aux « conservateurs culturels » et aux « légalisationnistes progressistes ».

Les **légalisationnistes progressistes** (cluster 3) correspondent au groupe le plus important dans notre échantillon et défendent une régulation des drogues par l'Etat. Pour ce cluster, la réglementation de toutes les drogues est la politique la plus acceptable et notamment quand des campagnes d'information sont menées auprès du public. En effet, la dimension humaine étant centrale, la prohibition est alors considérée comme une entrave à la liberté individuelle. Ainsi, si aucune drogue ne doit pas être considérée comme illégale, il est cependant nécessaire que la production et la distribution de ces substances soient régulées par une autorité supérieure afin que les prix baissent et que cela engendre une disparition de toutes les activités illégales liées directement ou indirectement au marché de la drogue. Il semblerait donc que la politique française actuelle puisse ne pas correspondre à l'opinion du plus grand nombre. En outre, ces personnes insistent sur l'importance d'informer les citoyens (et les jeunes) à propos de la dangerosité de la consommation de drogues, et leurs réponses montrent aussi qu'ils sont très opposés à la politique du *laissez faire*.

Les personnes du cluster 1, les « **constructivistes radicaux** » sont moins nombreux que notre premier groupe mais constituent malgré tout un tiers de notre échantillon. Ce groupe considère globalement qu'aucune des positions politiques de l'Etat n'est réellement acceptable et regarde le phénomène de la drogue selon un point de vue sociopolitique : comme un prétexte utilisé par les gouvernements et relayé par les médias pour occulter les vraies racines du problème. En d'autres termes, la plupart des gens sont donc bien conscients que la question des drogues n'est pas en réalité un simple problème de législation nationale et savent que les racines du phénomène sont ailleurs. Comme cette position n'a jamais été examinée dans des études empiriques antérieures, les travaux futurs devraient être menés afin de mieux comprendre le sens de cette position et notamment son association avec d'autres points de vue concernant la pauvreté, les discriminations, l'éducation ou la sécurité.

Enfin, fait intéressant, les « **conservateurs culturels** » (cluster 2) sont au troisième et dernier rang et considèrent que l'interdiction de toutes les drogues est la

position la plus acceptable et notamment quand des campagnes d'information sont menées auprès du public. Cette position était attendue, car en France un modèle prohibitif est actuellement en place. Pour ce cluster, la position politique interdisant au moins les drogues dures est considérée également comme acceptable. Nous pouvions effectivement nous attendre à une telle donnée puisqu'actuellement en France, un modèle de régulation des drogues douces que sont l'alcool et le tabac est déjà en place. La production d'alcool et de la production de tabac sont en effet réglementées par l'État. Pour les conservateurs culturels, toute drogue qui ne fait pas partie de l'héritage culturel de la société doit par définition être prohibée contrairement à une drogue traditionnelle comme l'alcool ou le tabac. Les défenseurs de cette position considèrent par ailleurs que la prohibition de ces substances non traditionnelles doit être étendue mondialement et tout particulièrement dans les pays qui sont connus pour en être les principaux producteurs.

Nous pouvons voir que pour les clusters prohibitionnistes (conservateurs culturels) et légalisationnistes, les campagnes d'information du public sur les risques encourus lors de la consommation de drogues jouent un rôle central. La présence de ces campagnes a en effet un impact important sur le niveau de responsabilité perçue par ces deux groupes de répondants. Ce phénomène peut se traduire assez logiquement de la manière suivante : toute action de l'Etat (qu'il réglemente ou qu'il interdise) doit être appuyée par des campagnes d'informations du public. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, il serait intéressant de chercher à isoler quel type de campagnes a le plus d'effet sur l'acceptabilité de la position de l'Etat. Notons qu'en France, les campagnes d'information relatives aux substances addictives ont été particulièrement nombreuses ces dernières années. La littérature scientifique estime que l'impact des campagnes est resté très modeste (OEDT, 2010). Pourtant, les représentations concernant le tabac et le cannabis ont nettement évolué ces dernières années et ce sont ces deux substances qui ont été le plus visées par les campagnes dans notre pays (Costes, Le Nézet, Spilka, & Laffiteau, 2010).

En revanche, pour les trois clusters, les analyses de variance séparées nous ont permis de voir que le facteur « demande intérieure en drogue » et donc l'importance du marché en cours dans le pays considéré n'avait pas d'effet significatif sur la position des répondants. Là encore, ce résultat correspond à celui mis en évidence dans l'enquête



EROPP. En effet, selon cette étude, la drogue serait pour la population une préoccupation de base peu soumise aux aléas de l'actualité (Costes & Ades, 2010).

Par ailleurs, un groupe « prohibitionniste » (les conservateurs culturels) et un groupe « légalisationniste » (les légalisationnistes progressistes) ont été mis en évidence mais il faut bien noter ici que dans notre étude, la véritable opposition a lieu entre la politique du *laissez faire* et les interventions de l'Etat (réglementation ou interdiction). En effet, à l'intérieur même des clusters, la politique du *laissez faire* fait l'unanimité comme étant la plus inacceptable de toutes. De même, chez les prohibitionnistes, la réglementation totale se situe entre le *laissez faire* et l'interdiction totale. De la même façon, chez les légalisationnistes, l'interdiction totale fait partie des politiques plutôt acceptables. Ces éléments rappellent ceux qui avaient été énoncés par Boyum (2001) selon lesquels, contrairement aux idées reçues, il n'existe pas réellement d'opposition stricte entre la légalisation et la prohibition. Les recherches se focalisent généralement sur ces deux positions comme si elles étaient les seules possibles mais en pratique il n'y a pas raison d'opérer une telle dichotomie. Goode (1998) a lui-même mis en évidence, cinq positions politiques possibles et cette étude a permis d'en retrouver trois.

Enfin, concernant les politiques de l'Etat, nous avons vu qu'à partir du moment où l'Etat tolère sur les drogues douces, les participants ne trouvent pas plus acceptable une interdiction des drogues dures ou une réglementation des drogues dures. Par ailleurs, ce sont toujours les politiques qui traitent de manière similaire les drogues dures et les drogues douces qui sont considérées comme les plus acceptables. Il semblerait donc que les répondants ne fassent pas une vraie distinction entre ces deux types de drogues. Etre en faveur de l'interdiction ou de la réglementation apparaît plutôt ici comme une attitude globale que n'influencent pas les différents degrés de dangerosité des drogues. Ces éléments s'opposent au point de vue des prohibitionnistes progressistes de Goode qui semble être absent du panorama des opinions françaises face aux drogues. En effet, rappelons que cette position est basée sur des considérations de santé publique qui suggèrent d'adopter une politique de répression basée sur la dangerosité des substances.

En réponse à notre dernière hypothèse, les résultats nous ont montré que les points de vue n'étaient pas significativement différents en fonction des caractéristiques personnelles des participants. Dans l'enquête EROPP (OFDT, 2008) pourtant, les

personnes ayant une éducation supérieure et celles ayant une « certaine proximité» (consommant ou ayant déjà consommé) avec les produits étaient plus «libérales », plus tolérantes vis-à-vis des drogues. De même, pour les substances illicites, l'enquête avait montré que ces personnes étaient moins attachées au régime de prohibition. Dans ce cadre, nos résultats sont ici à prendre avec précaution notamment à cause de la nature de notre échantillon qui ne regroupe qu'un petit nombre de personnes consommant des drogues illicites (à peine 10%). Dans notre population de recherche, seul le facteur âge a un effet sur l'acceptabilité perçue des répondants. Les radicaux sont en moyenne les plus âgés et les prohibitionnistes sont les plus jeunes. Les légalisationnistes ont globalement un âge intermédiaire. Les plus âgés ont un point de vue plus conservateur qui défend la politique en place comme nous pouvions nous y attendre. En revanche, nous aurions pu penser que les jeunes ayant une plus grande proximité avec les drogues auraient pu être en faveur de la légalisation. Pourtant, il apparaît que c'est le cluster des prohibitionnistes qui présente la moyenne d'âge la plus jeune.

Bien qu'elle ne fasse pas encore l'objet d'une publication, une étude similaire est actuellement menée à Bogota en Colombie. Dans ce pays parmi les plus importants producteurs mondiaux, la drogue fait l'objet d'une forte prohibition. Suite aux premières analyses menées, les chercheurs ont pu mettre en évidence cinq patrons de réponse différents parmi les répondants. Le groupe majoritaire correspond comme dans notre étude, à celui des légalisationnistes progressistes, puis viennent les constructionnistes radicaux et enfin les prohibitionnistes progressistes. Une position minoritaire absente dans notre étude, a été repérée : ceux favorables au libre échange et partisans d'un laissez faire dans le domaine de la drogue à condition que des campagnes soient menées. Ces premiers résultats témoignent de l'intérêt de mener et de comparer par la suite des études similaires dans différents pays. Comme dans notre étude, il semblerait que l'opinion publique en Colombie soit donc tout à fait en désaccord avec la politique publique en ce qui concerne la gestion des drogues illicites.

# **ETUDE SUR LE JUGEMENT DE RESPONSABILITE DE L'ETAT DANS LE CAS D'UN DECES LIE A LA CONSOMMATION DE SUBSTANCE**

---

## **PROBLEMATIQUE**

La position politique des *conservateurs culturels* selon laquelle l'Etat autorise le tabac et l'alcool, et interdit tout autre type de drogue est très présente actuellement dans le monde. Selon Hauge (2003), cette position permettrait finalement à l'Etat de maintenir sa responsabilité à un niveau perçu comme acceptable par les citoyens. En effet, les conséquences sanitaires néfastes issues de la consommation de l'alcool et du tabac sont déjà importantes et doivent au moins en partie être assumées par le Gouvernement qui les réglemente. Autoriser d'autres types de drogues, pourrait multiplier les conséquences négatives sur la santé des populations et donc en parallèle faire augmenter la responsabilité perçue de l'Etat.

Cela nous amène à une question qui concerne la perception qu'ont les individus de la responsabilité de l'Etat dans le cas où la consommation de substance conduit effectivement à un problème grave de santé. Peut-on réellement penser que la responsabilité de l'Etat est directement engagée dans ce cas ? Cette responsabilité serait-elle différente selon la position adoptée par l'Etat face à la drogue consommée ? Qu'en sera-t-il pour des drogues illicites comme l'héroïne ou bien encore le cannabis ? Cette responsabilité sera-t-elle moindre pour des produits autorisés comme le tabac ? Dans notre seconde recherche, nous nous proposons donc de voir les conditions selon lesquelles, dans un cas de décès lié à la consommation de substance, l'Etat sera considéré comme *pas du tout responsable* à *tout à fait responsable*.

Lors de l'examen de la littérature, nous avons pris en compte plus particulièrement le phénomène du tabagisme afin d'illustrer au mieux cette problématique peut sous-tendre. Le tabac fait partie de ces conduites à risques fréquentes qui constituent un véritable fléau pour la santé des populations. Durant le XX<sup>ème</sup> siècle, il a en effet causé 100 millions de morts dans le monde entier. Si chaque citoyen est responsable de sa santé et donc, pour partie au moins, des maladies qui peuvent l'affecter, l'Etat conserve un rôle fondamental dans ce domaine. Dans le cadre du tabac par exemple, l'Etat se doit de faire une prévention et, dans la mesure où une information compréhensible et suffisante est donnée, chacun a la responsabilité de solliciter les contrôles nécessaires et de prendre les dispositions qui conviennent pour se protéger. Si la responsabilité individuelle ne fait pas de doute dans le cadre d'un cancer lié à la consommation de tabac, la responsabilité de l'évènement peut cependant aussi, pour partie, être attribuée à l'Etat et cette part de responsabilité dépendra vraisemblablement des politiques de prévention mises en place par celui-ci : sa responsabilité sera vraisemblablement considérée comme beaucoup plus grande si aucune campagne d'information à propos des risques n'a été engagée.

Dans le cadre de la santé des personnes, les questions de responsabilité sont au centre du débat médical aujourd'hui et les pouvoirs publics ont monté des systèmes de sécurité sociale et d'assurances pour établir une sorte d'égalité devant la maladie. Ainsi, le financement des prestations de santé dans nos pays est assuré en majorité par des mécanismes collectifs (budgets publics et primes d'assurance-maladie/sécurité sociale). Dans le cas de la consommation de substance qui nous intéresse ici, responsabilité individuelle et responsabilité collective se conjuguent et nous pouvons penser par ailleurs que la responsabilité perçue de l'Etat sera dépendante de certains facteurs contextuels en rapport avec la substance consommée.

Dans les scénarios utilisés dans notre étude, nous ne précisons pas de quelle substance il s'agit. Si, dans certains de ces scénarios, l'expression « *substance sous monopole de l'Etat* » peut d'emblée évoquer la problématique très actuelle du tabac, notons que ce terme peut également s'appliquer à d'autres situations éventuelles. Ainsi, « *substance* » désignerait par exemple l'eau du robinet, les OGM, certains médicaments, ou d'autres situations futures.

Ce type de problème lié à la responsabilité d'un évènement de santé négatif a peu été traité empiriquement. Les études réalisées auprès du grand public, en ce qui concerne la responsabilité dans le cadre de la dépendance, se résument la plupart du temps à des sondages d'opinion sans bases scientifiques solides. Les rares travaux publiés sur le sujet concernent surtout les personnes alcooliques et font le constat commun que ces sujets sont moins bien vus que les autres malades : ils seraient ainsi plus facilement rejetés et tenus comme beaucoup plus responsables de leur état que d'autres patients (Schomerus, Michael, Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta & Angermeyer, 2010).

Dans notre étude, qui ouvre un champ de recherche pionnier, nous avons choisi de nous intéresser au grand public. Déterminer les facteurs prépondérants et leurs interactions pourraient être utile pour mieux comprendre la manière dont les citoyens perçoivent la responsabilité de l'Etat dans les cas de conduites à risques menant à des problèmes graves de santé. Nous avons sélectionné par ailleurs des facteurs contextuels susceptibles d'avoir une influence sur le jugement de responsabilité : nous pouvons penser que la responsabilité perçue de l'Etat plus élevée s'il existe des preuves avérées du lien entre consommation de la substance et apparition de la maladie. De même, si la substance est réputée dangereuse depuis de nombreuses années, nous pouvons envisager que la responsabilité de l'Etat sera plus élevée que si la dangerosité n'a été découverte que récemment. Enfin, cette responsabilité perçue pourrait également varier si la substance présente des risques pour la population générale ou concerne seulement une population cible spécifique.

## OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE

Notre recherche a pour objet d'étude **le degré de responsabilité de l'Etat dans le cas de cancer lié à la consommation de substance tel qu'il est perçu par le citoyen ordinaire.**

Le premier objectif de cette recherche, qui s'inscrit dans le domaine de la Psychologie Cognitive appliquée à la Psychologie de la Santé, est d'étudier les

jugements que font les hommes et les femmes adultes sur la responsabilité de l'Etat dans le cas des décès liés à la consommation de substance.

Ainsi, nous nous proposons d'étudier les facteurs qui, dans différentes situations où une personne décède en consommant une substance, vont faire que l'Etat est perçu comme pas du tout responsable, peu responsable ou tout à fait responsable.

Pour cela, nous utiliserons des scénarios construits selon les principes de la Théorie Fonctionnelle de l'Intégration de l'Information d'Anderson.

Les quatre-vingt scénarios qui doivent être jugés sont le résultat de la manipulation de cinq facteurs :

- ✦ **Le caractère scientifique des preuves de la relation entre consommation et maladie** : relation soupçonnée (pas de preuves) ou scientifiquement prouvée (preuves scientifiques).
- ✦ **Le temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse** : 30 ans ou 5 ans.
- ✦ **Le degré de généralité du risque** : il touche certaines personnes particulièrement susceptibles ou bien la population générale.
- ✦ **Le degré auquel la personne a consommé la substance potentiellement dangereuse** : consommation modérée ou immodérée.
- ✦ **L'intervention de l'Etat** : aucune action et les ventes sont monopole d'Etat, aucune action et les ventes ne sont pas monopole d'Etat, information du public sur les risques et les ventes sont monopole d'Etat, information du public sur les risques et non-monopole d'Etat et enfin, information du public et interdiction à la vente.

Etant donné l'absence de littérature concernant notre sujet, ces variables ont été sélectionnées au moyen de *focus groups*. Cette méthode qualitative est une technique utilisée pour étudier les problématiques sociétales. Il s'agit d'un entretien réunissant deux à sept personnes et focalisé sur une problématique donnée. Réunis plusieurs fois en France, ces groupes ont permis de faire émerger les données importantes et fondamentales relatives à notre thème de recherche.

Nous utiliserons donc les différentes variables ainsi isolées en les intégrant à un plan expérimental orthogonal afin de proposer toutes les combinaisons possibles de leurs différentes modalités. La responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation d'une substance devrait être déterminée par ces différents facteurs et cela en fonction de l'ordre d'importance qui leur sera attribué par les répondants.

D'après les travaux d'Anderson concernant l'algèbre cognitive, nous nous attendons en outre à ce que ce modèle varie en fonction de certaines caractéristiques des répondants qui pourront donc être rassemblées en différents groupes.

L'ensemble de nos facteurs n'ayant jamais été étudié dans la littérature scientifique, les résultats sont particulièrement difficiles à prévoir. Compte tenu de la méthode utilisée, nous pouvons toutefois envisager **les hypothèses de recherche** suivantes :

- ✦ Nous nous attendons à ce que les répondants jugent du degré de responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance en tenant compte des cinq facteurs : (a) « le caractère scientifique des preuves de la relation entre consommation et maladie » (relation soupçonnée ou scientifiquement prouvée), (b) « le temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse » (30 ans ou 5 ans), (c) « la généralité du risque » (touche certaines personnes particulièrement susceptibles ou bien la population générale), (d) « le degré auquel la personne a consommé la substance potentiellement dangereuse » (consommation modérée ou immodérée), (e) « l'intervention de l'Etat » (aucune action et les ventes sont monopole d'Etat, aucune action et les ventes ne sont pas monopole d'Etat, information du public sur les risques et les ventes sont monopole d'Etat, information du public sur les risques et non-monopole d'Etat et enfin, information du public et interdiction à la vente).
- ✦ Nous nous attendons à ce que les répondants donnent des poids différents à ces cinq facteurs.
- ✦ Etant donné que les scénarios concernent une problématique politique relative au rôle de l'Etat, nous nous attendons à ce que l'orientation politique des répondants ait un impact spécifique sur le jugement de la responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance.
- ✦ Nous nous attendons à pouvoir diviser les participants en plusieurs groupes en tenant compte de leur patron de réponse concernant le jugement du degré de responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance. Chacun des groupes adoptera un patron de réponse spécifique en donnant un poids plus ou moins important à chacun des cinq facteurs

- ✦ Nous nous attendons à ce que les différents groupes de répondants se définissent en fonction de caractéristiques individuelles telles que le genre, l'âge, l'orientation politique, la situation familiale, le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle, le fait de consommer du tabac, de l'alcool ou une substance illicite.

## METHODE

### Participants

Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon composé d'hommes et de femmes adultes, issus de la population générale. Ils ont été interrogés aléatoirement dans la rue. Nous avons contacté environ 450 personnes et sur ces 450 personnes, 234 (52%) ont accepté de participer à notre étude.

Les critères d'inclusion utilisés pour la sélection des participants étaient l'âge (minimum 18 ans), la langue française (parlée couramment afin de pouvoir comprendre l'ensemble des éléments décrits dans chaque scénario), mais également l'accord éclairé de participation à cette étude.

Les participants ont été interrogés dans le Sud-ouest de la France et plus particulièrement en Haute-Garonne (dans la ville de Toulouse et son agglomération), dans le Nord-Ouest et plus particulièrement en Ille-et-Vilaine et dans le Morbihan (autour des villes de Rennes et Vannes) et également dans le Sud-est de la France et plus particulièrement dans le Var (dans la ville de Draguignan et ses environs). Le but était d'obtenir un échantillon composé de répondants citadins mais également issus de zones périurbaines et rurales.

Nous avons pris en compte des variables indépendantes (telles que le sexe, l'âge, l'orientation politique, la situation familiale, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, le fait de consommer du tabac, de l'alcool ou une substance illicite) qui reflètent différentes caractéristiques des répondants.

Notre échantillon décrit dans le *tableau 7* est ainsi composé de 234 sujets, 98 hommes et 135 femmes âgés de 18 à 86 ans (âge moyen de 34 ans). Parmi les



répondants, 88 sont célibataires, 117 sont mariés/pacsés ou vivent en concubinage, 23 sont divorcés/séparés et 6 sont veufs. Parmi les répondants, 93 se disent plutôt à gauche, 58 plutôt au centre et 83 plutôt à droite. La majorité des répondants (n=210) ont au moins un diplôme équivalent au Baccalauréat. Toutes les catégories professionnelles sont représentées. Près de la moitié des personnes consomment du tabac (n=126), une grande majorité (n=190) consomme de l'alcool et une large majorité (n=209) ne consomme aucune drogue illicite.

Tableau 7 :  
Caractéristiques sociodémographiques de la population de recherche pour la seconde étude.

	Age	Entre 18 et 86 ans (m=34 ans)		
	Sexe	H (m=36)	F (m=32)	T
	Nombre de sujets	98	136	234
<b>Etat civil</b>	<i>Célibataire</i>	39	49	88
	<i>Marié/Union libre</i>	49	68	117
	<i>Séparé/Divorcé</i>	9	14	23
	<i>Veuf/Veuve</i>	1	5	6
<b>Orientation politique</b>	<i>Plutôt à gauche</i>	43	50	93
	<i>Plutôt au centre</i>	25	33	58
	<i>Plutôt à droite</i>	30	53	83
<b>Niveau d'études</b>	<i>BEPC, CAP, BEP</i>	12	12	24
	<i>Baccalauréat</i>	13	23	36
	<i>Bac+2</i>	24	23	47
	<i>Bac+3 et Bac+4</i>	24	51	75
	<i>Bac+5 et plus</i>	25	27	52

<b>Situation professionnelle</b>	<i>Agriculteur</i>	3	0	3
	<i>Artisan, commerçant</i>	7	5	12
	<i>Cadre</i>	16	14	30
	<i>Prof. intermédiaire</i>	12	24	36
	<i>Employé</i>	18	16	34
	<i>Ouvrier</i>	1	2	3
	<i>Retraité</i>	9	5	14
	<i>Etudiant</i>	16	38	54
	<i>Chômeur</i>	15	14	29
	<i>Au foyer</i>	1	18	19
<b>Juriste</b>	<i>Oui</i>	5	18	23
	<i>Non</i>	93	118	211
<b>Consommation tabac</b>	<i>Non</i>	50	76	126
	<i>Oui, modéré</i>	36	38	74
	<i>Oui, immodérée</i>	12	22	34
<b>Consommation alcool</b>	<i>Non</i>	14	29	43
	<i>Oui, modéré</i>	77	102	179
	<i>Oui immodéré</i>	7	4	12
<b>Consommation substances illicites</b>	<i>Non</i>	80	129	209
	<i>Oui, modéré</i>	15	7	22
	<i>Oui, immodéré</i>	3	0	3

## Matériel

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé le matériel suivant :

- ✦ Un cahier de 80 scénarios réalisés à partir de la théorie d'Anderson
- ✦ Un questionnaire portant sur les variables individuelles
- ✦ Un consentement éclairé de participation.

## Les scénarios

Il s'agit d'un cahier regroupant les 80 scénarios (Annexe 12) réalisés en fonction de la théorie d'Anderson et du plan expérimental qui en découle. Ils décrivent des situations fictives inspirées de la littérature et caractérisées par cinq informations qui

sont les modalités des facteurs intra-sujets présentés précédemment. Ainsi, en croisant les deux modalités du facteur «**caractère scientifique des preuves de la relation entre consommation et maladie**» avec les deux modalités du facteur «**temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse**», avec les deux modalités du facteur «**généralité du risque**», avec les deux modalités du facteur «**consommation**», et les cinq modalités du facteur «**intervention de l'Etat**», on obtient 80 possibilités de scénarios.

Pour y répondre, les participants doivent se positionner, après chaque proposition, sur une échelle de jugement en 15 points de « Aucune Responsabilité » à « Responsabilité Totale ».

#### *Exemple de scénario*

*Madame Bouny souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.*

*Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Bouny. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.*

*L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.*

*Madame Bouny ne consommait ces substances que de façon modérée.*

*Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Bouny ?*

**Aucune** 0--0--0--0--0---0--0--0--0--0--0--0--0--0--0 **Responsabilité**  
**Responsabilité** **Totale**

#### *Les facteurs*

La théorie d'Anderson permet de constituer un plan expérimental croisant de manière orthogonale les différents facteurs intra-sujets et inter-sujets relatifs à cette étude.

**Les facteurs intra-sujets** sont les variables indépendantes qui sont manipulées lors de la construction des scénarios. Leurs différentes modalités ont été rassemblées dans le *tableau 8* suivant.

Tableau 8:  
Descriptif des facteurs intra-sujets pour la seconde étude

<b>Facteurs intra sujets</b>	<b>Modalités</b>
<b>S</b> : Caractère scientifique de la preuve	1. Soupçonnée (pas de preuves) 2. Prouvée (preuves de la dangerosité)
<b>T</b> : Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse	1. 30 ans 2. 5 ans
<b>V</b> : Généralité du risque/vulnérabilité	1. Certaines personnes 2. Population générale
<b>C</b> : Consommation	1. Modérée 2. Immodérée
<b>I</b> : Intervention de l'Etat	1. Aucune action/vente monopole d'Etat 2. Aucune action/vente non monopole d'Etat 3. Information public/vente monopole d'Etat 4. Information public/vente non-monopole d'Etat 5. Information public/interdiction vente

Les **facteurs inter-sujets** sont les variables contrôlées qui ont été utilisées pour créer une vignette de renseignements concernant les participants. Elle est ajoutée à la suite des scénarios. Les différentes modalités sont rassemblées dans le *tableau 7* (voir paragraphe précédent).

### *Questionnaire portant sur les variables individuelles*

Le questionnaire portant sur les variables individuelles est présenté aux répondants après les scénarios et permet de recueillir des données personnelles sur chaque participant. (Annexe 13).

## **Procédure**

La passation des deux parties du protocole s'effectue de manière individuelle et dans divers lieux (dans un lieu public, dans une pièce du domicile du répondant ou une pièce du domicile de l'expérimentateur).

Après avoir expliqué au participant en quoi consistaient l'étude et l'expérimentation en elle-même, s'il accepte, le participant signe alors l'accord de

participation éclairé (Annexe 14). Ensuite, l'expérimentateur lui lit la consigne relative aux scénarios. La passation se déroule en deux temps et dure en moyenne de 20 à 55 minutes en fonction des participants.

Dans un premier temps, a lieu la **phase de familiarisation**, après lecture de la consigne par l'expérimentateur. Elle permet aux participants de prendre connaissance du matériel et de s'habituer à l'échelle d'acceptation. Durant cette phase, les participants peuvent poser toutes les questions qu'ils souhaitent et peuvent revenir en arrière. Ils disposent pour cette phase d'un carnet composé de six scénarios, constitué de manière aléatoire, et doivent utiliser une échelle d'acceptation en 15 points, allant de «Aucune responsabilité» à «Responsabilité totale», pour donner leur jugement de responsabilité après chaque scénario. Aucune de ces réponses ne sera prise en considération lors du traitement statistique. La phase de familiarisation dure entre 5 et 20 minutes.

Après cette première phase, l'expérimentateur récupère le premier carnet puis relit la consigne aux participants en leur précisant qu'ils ne peuvent plus poser de questions ou revenir en arrière, la **phase expérimentale** commence alors. Elle dure entre 15 et 50 minutes en fonction du participant. Chacun d'entre eux reçoit un carnet complet comprenant les 80 scénarios et présentés dans un ordre aléatoire. Ils doivent se positionner sur l'échelle de responsabilité en fonction de leur jugement sur la responsabilité de l'Etat relative à chaque scénario.

Chaque réponse sera prise en considération lors des traitements statistiques. A la fin du carnet de scénarios, les participants remplissent la page d'information réalisée en fonction des facteurs inter-sujets. Une fois le tout rempli, l'expérimentateur le récupère et chaque participant est à nouveau assuré de son anonymat comme au début de la passation.

#### **Consigne donnée aux répondants avant les deux différentes phases:**

*"Le carnet que je vais vous présenter est constitué de différentes situations fictives relatives à un décès lié à la consommation d'une substance. Merci de bien vouloir répondre de la manière la plus spontanée possible sur l'échelle de jugement qui suit chaque scénario."*

A la fin de la passation, l'expérimentateur propose ses coordonnées (numéro de téléphone personnel et adresse e-mail) au participant afin qu'il puisse à tout moment se

retirer de l'étude ou obtenir des renseignements. Il faut noter qu'aucun participant n'a demandé de restitution des données qui le concernaient.

Nous avons, pour chaque questionnaire recueilli et converti les réponses des participants en valeurs numériques. Pour les 80 scénarios, la distance entre le point zéro et le point correspondant à la réponse du sujet a été mesurée. Chaque réponse ainsi chiffrée (de 0 à 15) a été retranscrite à l'état brut dans une matrice des données brutes.

Pour les renseignements sur les caractéristiques personnelles des sujets, chaque réponse a été associée à une valeur numérique avant d'être reportée dans la matrice des données brutes. Ainsi, l'ensemble des valeurs numériques recueillies dans les 234 protocoles a donné lieu à des traitements et à des analyses statistiques.

## RESULTATS

Les données extraites des 234 protocoles recueillis ont été traitées à l'aide du logiciel STATISTICA. Différents types d'analyses ont été utilisés afin de remplir l'ensemble de nos objectifs. Ainsi, dans un premier temps, nous décrirons les résultats obtenus par l'intermédiaire d'une **analyse de variance** réalisée afin d'observer les niveaux moyens de responsabilité de l'Etat, en fonction des différents facteurs du plan expérimental, ainsi que les effets combinés des différents facteurs. Nous avons réalisé également une analyse de variance incluant le facteur « orientation politique ».

Dans un second temps, une **analyse en cluster** a été réalisée afin de dégager des groupes de participants adoptant le même style de réponses. De nouvelles analyses de variance seront alors effectuées sur chacun des clusters afin de décrire les effets combinés des clusters ainsi isolés et des différents facteurs intra-sujets.

Etant donné que nous avons un nombre de participants important nous avons choisi un seuil de significativité de  $p < .001$ .

## Résultat des analyses de variance

Une analyse de variance, suivant le plan « Caractère scientifique de la preuve », « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse », « Généralité du risque », « Consommation », « Intervention de l'Etat »  $2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 5$  a tout d'abord été réalisée sur les facteurs intra-sujets. La synthèse de tous les effets (Annexe 15) indique que les participants ont pris en compte tous les facteurs proposés dans les scénarios pour juger du degré de responsabilité de l'Etat.

### *Effets des facteurs intra-sujets*

Le degré d'acceptabilité moyen relatif aux facteurs « Caractère scientifique de la preuve », « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse », « Généralité du risque », « Consommation », « Intervention de l'Etat » (Annexe 16 à 20) indique, d'une part, un degré de responsabilité moyen qui se situe à un niveau intermédiaire pour tous les facteurs et leurs modalités. De plus, on peut constater que tous les facteurs ont des effets significatifs différents sur la responsabilité de l'Etat perçue par les répondants.

#### **Facteur S : Caractère scientifique de la preuve**

Les résultats montrent que le caractère scientifique de la preuve a un effet important puisque  $F(1,233)=178,69$ ; au seuil significatif de  $p<,0000$ . Le degré de responsabilité atteint une moyenne de  $m=6,53$  lorsque la relation entre consommation et maladie est seulement soupçonnée, et elle atteint  $m=8,08$  quand la relation est scientifiquement prouvée. L'effet de ce facteur peut être décrit comme suit : plus la relation fait l'objet de preuves scientifiques et plus la responsabilité de l'Etat est perçue comme importante.

#### **Facteur T : Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse**

Les résultats montrent que le temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse a un effet puisque  $F(1,233)=46,04$ ;  $p<,0000$ . Cependant, il apparaît que le degré de responsabilité moyen est seulement légèrement supérieur quand le temps est de 5 ans puisqu'il atteint une moyenne de  $m=7,52$  que lorsque le temps est de 30 ans

puisque il est de  $m=7,09$ . Ce facteur fait partie des facteurs qui ont assez peu d'effet sur le jugement de responsabilité.

#### **Facteur V : Généralité du risque**

D'après les résultats, on constate un effet de la généralité du risque sur la responsabilité puisque  $F(1,233)=16,22$ ;  $p<,0001$ . Toutefois, les degrés de responsabilité moyens pour les deux modalités de ce facteur sont quasiment similaires puisque  $m=7,21$  quand le risque touche une population spécifique et  $m=7,40$  quand le risque touche toute la population en général. Ce facteur est celui qui a le moins d'effet sur le jugement de responsabilité.

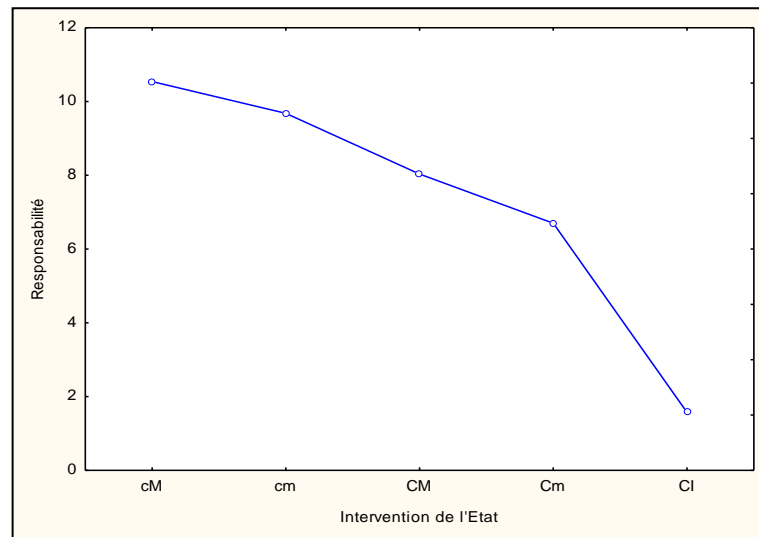
#### **Facteur C : consommation de la substance**

Par rapport aux deux facteurs précédents, on constate un effet plus élevé de ce facteur « Consommation » puisque  $F(1,233)=65,13$ ;  $p<,0000$ . Les résultats montrent que le degré de responsabilité moyen de l'Etat est plus élevé si la consommation du sujet est modérée ( $m=7,59$ ) que si la consommation du sujet est immodérée ( $m=7,02$ ). Ceci pourrait se traduire comme suit : plus le niveau de consommation est élevé et moins l'Etat est considéré comme responsable par les répondants.

#### **Facteur I : Intervention de l'Etat**

Les résultats montrent que ce facteur est celui qui a l'effet le plus important puisque  $F(4,932)=653,16$ ;  $p<0,000$ . Nous avons choisi de présenter les données sous forme de graphique (*Figure 8*).





*Figure 8 :*

*Effet du facteur « intervention de l'Etat »*

***cM** : Pas de campagne et vente monopole d'Etat*

***cm** : Pas de campagne et vente libre*

***CM** : Campagnes et ventes monopole d'Etat*

***Cm** : Campagnes nombreuses et vente libre*

***CI** : Campagnes nombreuses et interdiction de vente*

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « Intervention de l'Etat » soit : pas de campagnes et vente monopole d'Etat, pas de campagnes et ventes non monopole d'Etat, campagnes et vente monopole d'Etat, campagnes et ventes non monopole d'Etat, campagnes et interdiction des ventes. Le tracé représente les moyennes de responsabilité pour chacune de ces modalités.

Il apparaît que la responsabilité de l'Etat est plus élevée si ce dernier ne mène aucune campagne et garde le monopole des ventes. Cette responsabilité diminue faiblement si, sans campagne, les ventes ne sont plus son monopole. La responsabilité diminue encore si l'Etat mène des campagnes tout en gardant le monopole des ventes. Elle se réduit si l'Etat mène des campagnes et n'a pas le monopole des ventes. Enfin, la responsabilité est la plus basse s'il mène des campagnes et interdit les ventes : pour cette dernière modalité, la courbe présente une réelle cassure qui signifie que c'est bien l'interdiction des ventes qui a l'effet le plus significatif sur la responsabilité perçue de l'Etat par les répondants.

Au final, les résultats de cette analyse de variance montrent donc que ce sont les facteurs « Intervention de l'Etat » et « Caractère scientifique de la preuve » qui ont le plus d'effet sur la responsabilité perçue. Plus précisément, c'est le facteur « Intervention de l'Etat » qui influence le plus les participants dans leur jugement de responsabilité avec  $F(4,932)=653,16$ ;  $p<0,00$ , suivi du facteur « Caractère scientifique de la preuve » avec  $F(1,233)=178,69$ ;  $p<0,00$ . Enfin, les facteurs suivants influencent de manière faible la responsabilité. Dans l'ordre, on a la « Consommation »  $F(1,233)=65,13$ ;  $p<0,00$ , puis le « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse »  $F(1,233)=46,04$ ;  $p<0,0000$  et enfin la « Généralité du risque »  $F(1,233)=16,22$ ;  $p<0,0001$

### *Effets combinés des facteurs intra-sujets*

Comme le montre la synthèse de tous les effets (Annexe 15), les effets combinés les plus significatifs sont ceux relatifs à la combinaison du facteur « Intervention de l'Etat » avec chacun des autres facteurs du plan. C'est plus spécifiquement la combinaison des facteurs « Intervention de l'Etat » avec le facteur « Caractère scientifique de la preuve » qui est la plus significative ( $F(4 ;932)= 71,33$  ;  $p<.000$ ). Puis, successivement par l'ordre d'importance, on a la combinaison des facteurs « Intervention de l'Etat »\* « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse » ( $F(4 ;932)=8,80$  :  $p<.000$ ) puis « Intervention de l'Etat » \* « Consommation » ( $F(4 ;932)= 6,87$  ;  $p<.000$ ) et enfin « Intervention de l'Etat »\* « Généralité du risque » ( $F(4 ;932)= 5,81$  ;  $p<.000$ ) qui sont également significatives.

Nous avons choisi de présenter ces résultats sous forme graphique dans la *figure 9*. Nous exposerons uniquement le graphique relatif à l'effet combiné des facteurs « Intervention de l'Etat »\* « Caractère scientifique de la preuve » qui est le plus parlant. Les autres effets se présentent de manière similaire mais les interactions étant mineures, les résultats restent plus discrets (Annexes 21, 22 et 23).

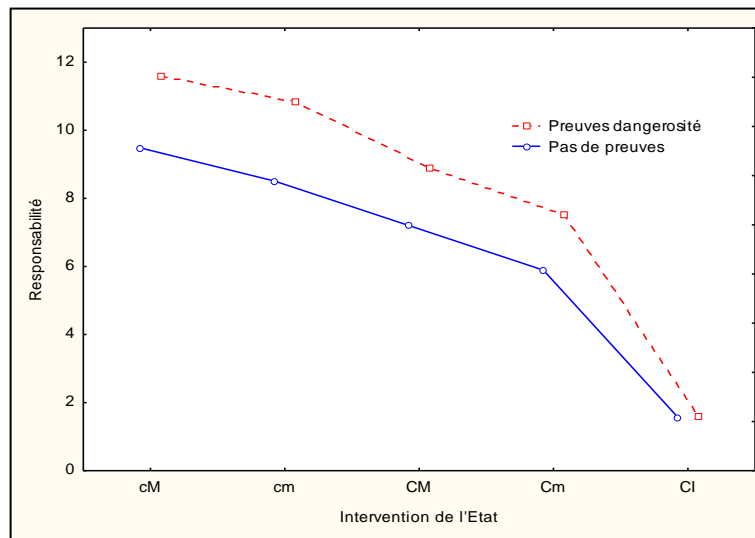


Figure 9 :

Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat »\* « caractère scientifique de la preuve »

**cM** : Pas de campagne et vente monopole d'Etat

**cm** : Pas de campagne et vente libre

**CM** : Campagnes et ventes monopole d'Etat

**Cm** : Campagnes nombreuses et vente libre

**CI** : Campagnes nombreuses et interdiction de vente

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « Intervention de l'Etat » : pas de campagnes et vente monopole d'Etat, pas de campagnes et vente non monopole d'Etat, campagnes et vente monopole d'Etat, campagnes et vente non monopole d'Etat, campagnes et interdiction des ventes.

Les deux courbes représentent les modalités du facteur « Caractère scientifique de la preuve ». La courbe en pointillés représente une relation scientifiquement prouvée et la courbe pleine représente une relation seulement soupçonnée (pas de preuves).

Le graphique montre deux tracés descendants. Ainsi, la responsabilité de l'Etat est plus élevée si ce dernier ne mène aucune campagne et garde le monopole des ventes. Cette responsabilité diminue faiblement si, sans campagne, les ventes ne sont plus son monopole. La responsabilité diminue encore si l'Etat mène des campagnes tout en gardant le monopole des ventes. Elle se réduit si l'Etat mène des campagnes et n'a pas le monopole des ventes. Enfin, la responsabilité est la plus basse s'il mène des campagnes et interdit les ventes. Les courbes s'ouvrent également sur la gauche ce qui montre que, sans campagne, quand l'Etat garde le monopole des ventes, alors sa responsabilité augmente s'il y a des preuves scientifiques. Ces courbes ont également un

point de conjonction à droite ce qui signifie que, quand l'Etat mène des campagnes et interdit les ventes, alors le caractère scientifique de la preuve n'est plus du tout pris en compte par les sujets pour juger de la responsabilité de l'Etat.

### *Effets du facteur intersujets « orientation politique »*

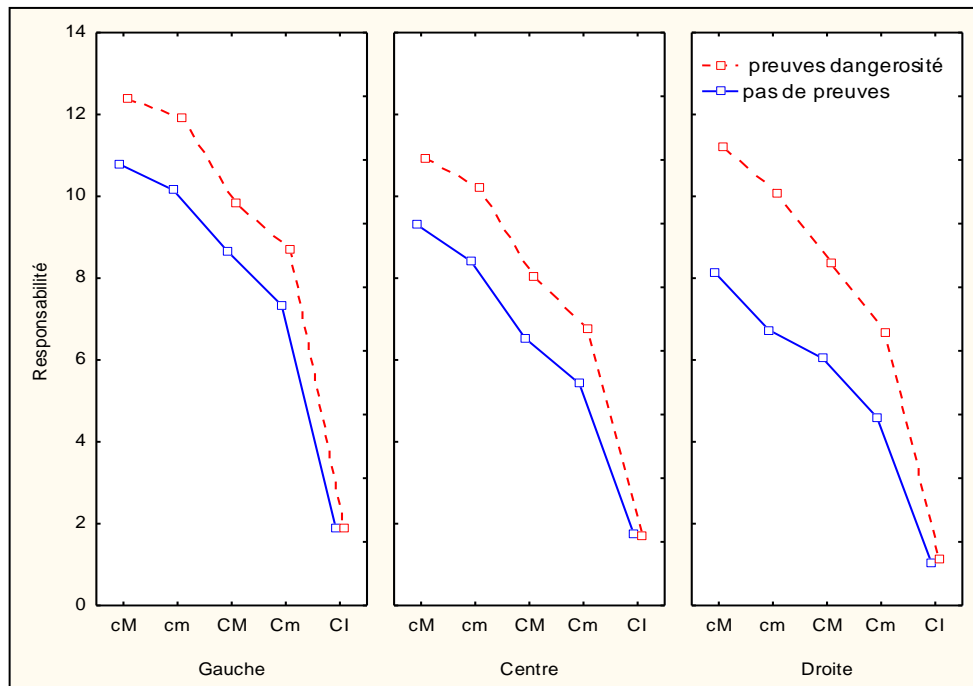
Une analyse de variance, suivant le plan « Orientation politique »\* « Caractère scientifique de la preuve », « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse », « Degré de généralité du risque », « Consommation », « Intervention de l'Etat »  $3*2*2*2*2*5$  a ensuite été réalisée afin d'évaluer spécifiquement l'effet du facteur « Orientation politique » par rapport aux autres facteurs. La synthèse de tous les effets (Annexe 24) indique que les participants ont pris en compte tous les facteurs proposés dans les scénarios pour juger du degré de responsabilité de l'Etat et qu'ainsi l'« orientation politique » a bien un effet significatif sur le jugement d'acceptabilité des répondants.

Les résultats montrent que la combinaison des facteurs « Orientation politique »\* « Caractère scientifique de la preuve » est significative puisque  $F(2,231)=8,72$ ,  $p < .001$ . Les analyses post hoc montrent que le facteur « Caractère scientifique de la preuve » était plus pris en compte chez les sujets de droite (différence de 2,19 points) que chez sujets au centre (1,24 points) et à gauche (1,18 point),  $p < .001$ .

La combinaison des facteurs « Orientation politique »\* « Généralité du risque » est significative,  $F(2,231) = 8.46$ ,  $p < .001$ . Les analyses post hoc montrent que la « Généralité du risque » est plus pris en compte chez les sujets de droite (différence de 0,42 points) que chez sujets au centre (0,06 points) et à gauche (0,04 points),  $p < .001$ .

La combinaison des facteurs « Orientation politique »\* « Intervention de l'Etat » est significative,  $F(8,924) = 3.66$ ,  $p < .001$ . Les analyses post hoc ont montré que le facteur « Intervention de l'Etat » est plus pris en compte chez les sujets à gauche (différence de 9,69 points), que chez les sujets de droite (8,36 points) et au centre (8,58 points),  $p < .001$ .

Enfin, la combinaison entre les facteurs « Orientation politique »\* « Caractère scientifique preuve »\* « Intervention de l'Etat » est significative,  $F(8,924) = 3.76$ ,  $p < .001$ . Nous avons choisi de représenter ces résultats sous forme de graphique (*Figure 10*).



*Figure 10 : Perception de la responsabilité de l'Etat en fonction de la politique de l'Etat, des preuves scientifiques disponibles, et l'orientation politique des participants*

**cM** : Pas de campagne et vente monopole d'Etat  
**cm** : Pas de campagne et vente libre  
**CM** : Campagnes et ventes monopole d'Etat  
**Cm** : Campagnes nombreuses et vente libre  
**CI** : Campagnes nombreuses et interdiction de vente

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « Intervention de l'Etat » soit : pas de campagnes et vente monopole d'Etat, pas de campagnes et vente non monopole d'Etat, campagnes et vente monopole d'Etat, campagnes et vente non monopole d'Etat, campagnes et interdiction des ventes. Chaque graphique représente une des modalités de l'orientation politique : les tracés de gauche représentent les sujets plutôt à gauche, les tracés du milieu représentent les sujets plutôt au centre et les tracés de droite représentent les sujets plutôt à droite. Le tracé en pointillés représente les moyennes de responsabilité pour la modalité « présence de preuves scientifiques de la

*dangerosité* » et le tracé plein représente les moyennes de responsabilité pour la modalité « *pas de preuves* ».

Ce graphique reprend les résultats décrits précédemment. Il permet de mettre en évidence le fait que l'orientation politique influe fortement sur la perception de la responsabilité de l'Etat. Nous pouvons voir ainsi que les sujets de gauche attribuent des responsabilités plus élevées que les sujets de droite et au centre, pour toutes les modalités du facteur « Intervention de l'Etat ». Ceci signifie que les sujets de gauche ont globalement plus tendance à responsabiliser l'Etat que les autres. L'écart entre les deux tracés est bien plus important chez les sujets de droite que chez les sujets de gauche et au centre, ce qui signifie que les premiers sont plus sensibles à la preuve scientifique que les deux autres groupes. C'est seulement pour la modalité « Interdiction des ventes » que le niveau de responsabilité est quasi similaire pour les trois orientations politiques : dans ce cas la responsabilité est la plus faible (proche de zéro pour les trois groupes). Cette politique fait donc l'objet d'un large consensus quelle que soit l'orientation politique des sujets.

## Résultats de l'analyse en cluster

L'analyse en cluster, a pour but de regrouper les participants en fonction du patron de réponse qu'ils ont utilisé pour juger la responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance. Après avoir traité les données en utilisant cette analyse, les participants ont effectivement pu être répartis dans trois groupes, en fonction du type de jugement de responsabilité qu'ils ont adopté par rapport aux scénarios. (Annexe 25).

Afin de pouvoir mieux différencier ces groupes, nous nous sommes intéressés à certaines de leurs caractéristiques issues des facteurs inter-sujets. Seuls les facteurs « Age » et « Orientation politique » se sont révélés avoir un effet non négligeable. En effet, le sexe n'a pas d'effet, de même, la pratique religieuse, la situation familiale, le niveau d'études, le fait de consommer de l'alcool, du tabac ou une drogue illicite ne sont pas significatifs.

**Le cluster 1** est composé de 41 sujets (17% de l'échantillon) 24 femmes et 17 hommes ; âge moyen de 39,9 ans ; 11 ont un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat, 19 ont un niveau inférieur ou égal à Bac+3, 11 ont un niveau supérieur à Bac+3 ; 5 sont à gauche, 6 au centre et 30 à droite ; 12 sont célibataires, 27 mariés ou en couple, 1 séparé et 1 veuf ; 6 ne consomment pas d'alcool, 30 de façon modérée et 5 immodérée ; 31 ne consomment pas de tabac, 10 de façon modérée et 0 immodérée ; 38 ne consomment pas de drogues illicites et 3 en consomment.

**Le cluster 2** est composé de 103 sujets (44%) 56 femmes et 47 hommes ; âge moyen de 32,2 ans ; 27 ont un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat, 49 ont un niveau inférieur ou égal à Bac+3, 27 ont un niveau supérieur à Bac+3 ; 36 sont à gauche, 37 au centre et 30 à droite ; 49 sont célibataires, 48 sont mariés ou en couple, 5 sont séparés, 1 veuf ; 20 ne consomment pas d'alcool, 77 de façon modérée et 6 immodérée ; 49 ne consomment pas de tabac, 28 de façon modérée et 26 immodérée ; 89 ne consomment pas de drogues illicites et 14 en consomment.

**Le cluster 3** est composé de 90 sujets (38%) : 56 femmes et 34 hommes ; âge moyen de 33 ans ; 22 ont un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat, 54 ont un niveau inférieur ou égal à Bac+3, 14 ont un niveau supérieur à Bac+3 ; 52 sont à gauche, 15 au centre et 23 à droite ; 27 sont célibataires, 42 mariés ou en couple, 17 séparés et 4 veufs ; 17 ne consomment pas d'alcool, 72 de façon modérée et 1 immodérée ; 46 ne consomment pas de tabac, 36 de façon modérée et 8 immodérée ; 82 ne consomment pas de drogues illicites et 8 en consomment.

La composition des clusters est présentée sous forme de tableau en annexe 28.

### *Analyse de variance pour les facteurs inter sujets*

**Facteur « Orientation politique »** : Le facteur « Orientation politique » est celui qui a l'effet le plus significatif puisque  $F(2,231)=14,36$ ;  $p<,0000$ .

Tableau 9 :

Moyennes du facteur orientation politique par cluster

	Orientation Politique
Cluster 1	2,46
Cluster 2	2,04
Cluster 3	1,64

Nous avons codé les personnes se disant plutôt à gauche par 1, les personnes se disant plutôt au centre par 2 et les personnes plutôt à droite par 3. Ainsi, il apparaît que la moyenne du cluster 3 est la plus faible et proche de 1, ce qui signifie que les personnes de ce cluster seraient politiquement plutôt orientées à gauche. Les personnes du cluster 2 dont la moyenne est de  $m=2,04$  seraient plutôt intermédiaires et proches du centre. Enfin, les personnes du cluster 1, qui ont une moyenne élevée ( $m=2,46$ ) seraient globalement politiquement plutôt orientées à droite.

**Facteur « Age » :** Aux vues des résultats, nous pouvons citer le facteur « Age » comme ayant un effet non négligeable pour les clusters puisque  $F(2,231)=4,93$ ;  $p<,008$ . Nous pouvons supposer que sur un échantillon de sujets plus important, cet effet deviendrait significatif à  $p<.001$ .

Tableau 10 :

Moyennes d'âge par cluster

	Age
Cluster 1	39,97
Cluster 2	32,16
Cluster 3	33,00

Il apparaît que les personnes du cluster 1 sont proches en moyenne de la quarantaine, ce sont donc les plus âgés. Les personnes du cluster 2 sont les plus jeunes : proches de la trentaine et les personnes du cluster 3 sont globalement intermédiaires bien que proches en âge des personnes du cluster 2.

Ces deux premiers éléments : l'orientation politique et l'âge, sont conformes avec ce qui avait été cité concernant le positionnement politiques des Français aujourd'hui. Il existe en effet un lien entre l'âge et les opinions politiques des citoyens.



Les plus âgés tendent généralement à être plus religieux, plus favorables à l'autorité, plus hostiles au libéralisme des mœurs et également à voter plus à droite. En termes d'âge, nous avons vu que les cohortes les plus favorables à la droite sont effectivement celles nées avant la seconde guerre mondiale (Tiberj, 2012). Ces personnes pourraient correspondre ici à celles de notre cluster 1.

Le sexe n'a pas d'effet puisque  $F(2,231)=,54$ ;  $p<,59$ , la situation familiale n'a pas d'effet puisque  $F(3,172)=0,31$ ;  $p<,82$ , le niveau d'études n'a pas d'effet puisque  $F(8,118)=0,30$ ;  $p<,96$ , la catégorie socioprofessionnelle n'a pas d'effet puisque  $F(8,167)=1,37$ ;  $p<,21$ . Enfin, la consommation de tabac n'a pas d'effet puisque  $F(2,231)=,53$ ;  $p<,59$ , la consommation d'alcool n'a pas d'effet puisque  $F(2,231)=,71$ ;  $p<,49$ .

L'attribution de responsabilité est donc incontestablement plus gouvernée par l'opinion politique des répondants que par leurs habitudes personnelles en matière de consommation de substances.

### *Analyses de variance pour les facteurs « clusters » et intra-sujets*

Une analyse de variance, suivant le plan « Cluster »\*« Caractère scientifique de la preuve » \* « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse » \* « Généralité du risque »\* « Consommation »\* « Intervention de l'Etat » a été réalisée.

La synthèse de tous les effets (Annexe 26) indique que le facteur « Cluster » a un effet significatif sur le niveau de responsabilité perçue des répondants. Les résultats montrent également l'existence de différents effets combinés du facteur « Cluster » avec les facteurs intra-sujets.

#### **Effet du facteur « Cluster » sur les niveaux moyens de responsabilité**

Le *tableau 11* suivant présente le niveau de responsabilité perçue moyenne en fonction du facteur « Cluster ».

Tableau 11 :  
Responsabilité moyenne en fonction des clusters

	Responsabilité moyenne
Cluster 1	3,32
Cluster 2	6,92
Cluster 3	9,48

Nous voyons ici que le facteur cluster a un effet important sur le niveau de responsabilité perçue puisque  $F(2,231)=368,08$ ;  $p<0,000$ . Les niveaux de responsabilité des trois clusters présentent des écarts très significatifs avec des moyennes respectives de  $m=3,32$  ;  $m=6,92$  et  $m=9,48$ . Nous avons donc ici trois manières différentes de percevoir la responsabilité de l'Etat. Les participants du cluster 1 ont une moyenne faible, ils ont donc tendance à peu responsabiliser l'Etat, ceux du cluster 2 témoignent d'un niveau de responsabilité intermédiaire et les participants du cluster 3 ont une moyenne élevée et sont donc ceux qui ont tendance à plus responsabiliser l'Etat que les deux autres clusters.

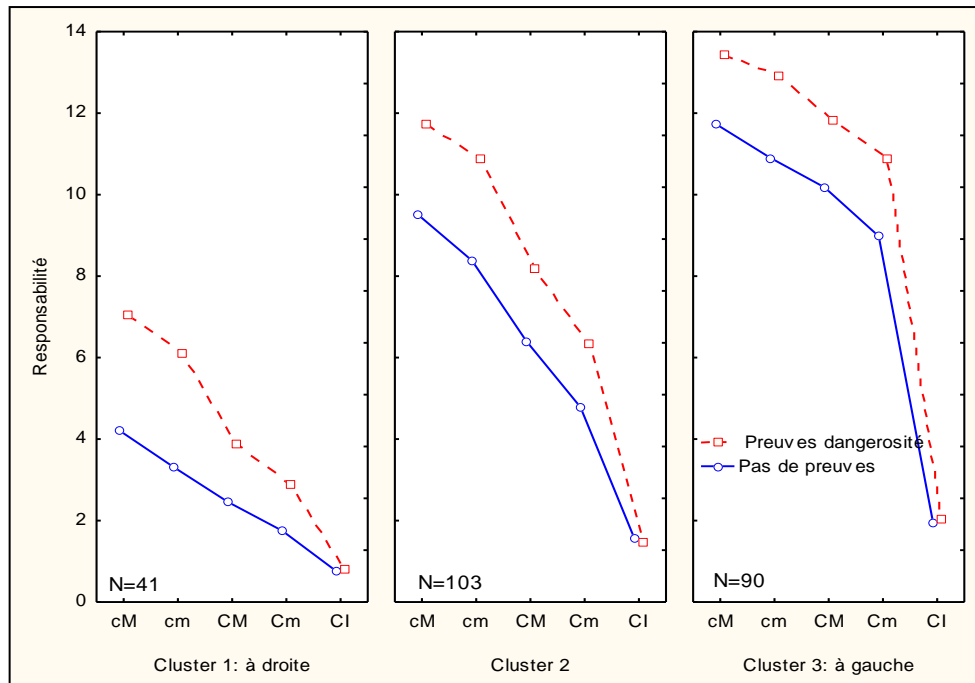
Ces personnes du cluster 1 qui ont peu tendance à responsabiliser l'Etat sont aussi celles qui sont en majorité à droite. Là encore notre résultat semble présenter une certaine logique puisque nous savons que les personnes de droite sont généralement plus attachées aux libertés individuelles alors que les personnes de gauche voient l'Etat comme un outil au service de l'égalité notamment de la collectivité.

### Effets des facteurs intra sujets sur les clusters

Les résultats montrent qu'il existe des interactions significatives entre les clusters et les facteurs « Caractère scientifique de la preuve » et « Intervention de l'Etat ». L'interaction la plus importante s'observe entre le facteur « Cluster » et le facteur « Intervention de l'Etat » avec  $F(8, 924)=39,55$  ;  $p<.000$  ; puis entre le facteur « Cluster », « Intervention de l'Etat » et « Caractère scientifique de la preuve » avec  $F(8 ; 924)=3,53$  ;  $p<.000$ .

Afin de mettre en évidence la distribution des participants et la significativité de chaque facteur pour les clusters, nous avons mené également des analyses de variance séparées pour chacun des trois clusters (Annexe 27).

Le graphique suivant est, comme nous allons le voir, celui qui souligne nos résultats avec le plus de clarté. La *figure 11* indique que les facteurs « Intervention de l'Etat » et « Caractère scientifique de la preuve » ont un effet combiné significatif sur le niveau d'acceptabilité des clusters, avec  $F(8,924)=3,53$ ,  $p<,000$ .



**Figure 11:**

*Effet combiné des facteurs « intervention de l'Etat et caractère scientifique de la preuve » pour les clusters.*

**cM** : Pas de campagne et vente monopole d'Etat

**cm** : Pas de campagne et vente libre

**CM** : Campagnes et ventes monopole d'Etat

**Cm** : Campagnes nombreuses et vente libre

**CI** : Campagnes nombreuse et interdiction de vente

Les axes horizontaux représentent les différentes modalités du facteur « Intervention de l'Etat » soit : pas de campagnes et vente monopole d'Etat, pas de campagnes et vente non monopole d'Etat, campagnes et vente monopole d'Etat, campagnes et vente non monopole d'Etat, campagnes et interdiction des ventes. Les deux tracés représentent les deux modalités du facteur « caractère scientifique de la preuve ». Chacun des graphiques représente un des trois clusters : celui de gauche pour le cluster 1, celui du milieu pour le cluster 2 et celui de droite pour le cluster 3. Le tracé en pointillés représente la modalité « *preuves scientifiques de la dangerosité* » et le tracé plein représente la modalité « *pas de preuves* ».

Nous constatons que les tracés sont différents pour chacun des trois clusters. Dans les trois cas, les pentes sont descendantes et se rejoignent pour la dernière modalité d'intervention de l'Etat (nombreuses campagnes et interdiction des ventes). Ce qui signifie que la responsabilité de l'Etat est plus élevée si ce dernier ne mène aucune campagne et garde le monopole des ventes. Cette responsabilité diminue si, sans campagne, les ventes ne sont plus son monopole. La responsabilité diminue encore si l'Etat mène des campagnes tout en gardant le monopole des ventes. Elle se réduit si l'Etat mène des campagnes et n'a pas le monopole des ventes. Enfin, la responsabilité est la plus basse s'il mène des campagnes et interdit les ventes. Dans ce cas, l'impact du facteur « Caractère scientifique de la preuve » diminue.

Pour le **cluster 1**, la pente du tracé est faible et la moyenne de responsabilité est de  $m=3,32$ . Ceci montre que les personnes du cluster 1 ont tendance à ne pas tellement mettre en cause l'Etat et cela quelle que soit son intervention. Ce facteur a un impact plus faible que dans les deux autres clusters sur les niveaux de responsabilité.

Pour le **cluster 2**, la pente est plus importante que pour les deux autres clusters, ce qui montre que les personnes du cluster 2 sont celles qui tiennent le plus compte de l'intervention de l'Etat dans leur jugement de responsabilité. Avec une moyenne de responsabilité de  $m=6,92$ , ces personnes ont globalement des réponses intermédiaires par rapport aux deux autres clusters.

Enfin, pour le **cluster 3**, les tracés présentent une pente assez faible pour les quatre premières modalités d'intervention de l'Etat, ce qui signifie que ces interventions n'ont qu'une influence mineure sur la responsabilité perçue de l'Etat. En revanche, il y a une forte cassure du tracé pour la dernière modalité d'intervention de l'Etat, ce qui indique que la responsabilité de ce dernier diminue instantanément quand celui-ci interdit les ventes. Avec une moyenne de  $m=9,48$  les personnes du cluster 3 ont plutôt tendance à plus responsabiliser l'Etat que les deux autres clusters.

Grâce à un  $\chi^2$ , nous avons pu constater que ces trois clusters n'étaient pas différents les uns des autres en ce qui concerne les caractéristiques démographiques.

## DISCUSSION

Comme nous l'avions envisagé, les répondants ont jugé du degré de responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance en tenant compte des cinq facteurs que nous avons sélectionnés. Le degré de responsabilité moyen se situe à un niveau intermédiaire pour tous les facteurs et leurs modalités. Ces résultats montrent que les idées de liberté personnelle et le désir d'être protégé par l'Etat se côtoient dans l'opinion publique quand il s'agit d'une problématique de santé telle que la consommation de substance. D'autre part, nous pouvons constater que tous les facteurs ont des effets significatifs différents sur la responsabilité perçue de l'Etat par les répondants. Nos facteurs ont donc été choisis de manière pertinente d'autant plus que les niveaux moyens de responsabilité sont nuancés par différentes caractéristiques inhérentes à la situation décrite par les scénarios et liées aux facteurs intra-sujets.

Les personnes ont donné des poids différents aux cinq facteurs : les facteurs prédominants sont « Intervention de l'Etat » puis « Caractère scientifique de la preuve ». Ceci se retrouve non seulement quand chaque facteur est considéré de manière isolée mais de manière encore plus significative au niveau des interactions entre facteurs.

Le facteur « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse » a un effet très faible, de même que le facteur « Généralité du risque ». Ainsi, le fait que la nocivité de la substance soit connue depuis longtemps et que le risque concerne la population générale n'ont pas augmenté significativement la responsabilité perçue de l'Etat. Ces facteurs n'ayant jamais été étudiés auparavant dans la littérature, ces résultats étaient difficiles à prévoir mais ils sont à prendre en compte avec intérêt pour être éventuellement réintégrés à de futures recherches sur un thème similaire.

Comme nous nous y attendions, nous avons pu constater que l'orientation politique des sujets avait un impact spécifique sur le jugement de responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance. Les sujets de gauche ont globalement plus tendance à responsabiliser l'Etat que ceux de droite. Les sujets de droite sont plus sensibles à la preuve scientifique que les sujets de gauche ou du centre. Enfin, c'est seulement pour la modalité « Interdiction des ventes » que le niveau de responsabilité est quasi similaire pour les trois orientations politiques étudiées. Pour

cette modalité, la responsabilité perçue de l'Etat est très proche de zéro. Ces mêmes résultats se retrouvent également dans l'analyse en cluster de manière plus marquée comme nous allons le voir maintenant.

Comme nous le supposions, les participants peuvent être répartis en trois groupes en tenant compte de leur patron de réponse concernant le jugement du degré de responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance. Chacun des groupes a adopté un patron de réponse bien spécifique en donnant un poids plus ou moins important à chacun des cinq facteurs.

Les personnes du **cluster 2** sont les plus nombreuses (44% de notre population d'étude) et sont plutôt des jeunes. Ce cluster est celui qui tient le plus compte de l'intervention de l'Etat. En effet, pour chaque modalité d'intervention de l'Etat, sa responsabilité chute considérablement et jusqu'à s'annuler pour la dernière modalité selon laquelle l'Etat interdit les ventes tout en menant des campagnes.

Les personnes du **cluster 3** (38%) sont également assez jeunes et politiquement orientées à gauche. Elles ont tendance à mettre en cause l'Etat. Cette constatation concorde avec le fait que les personnes de gauche sont généralement plus attachées à un Etat interventionniste dans le domaine social et donc dans celui de la santé. Dans ce cadre, on constate effectivement en France que pour la gauche, il importe de protéger les individus contre eux-mêmes : il s'agit plus de faire de la prévention (c'est-à-dire empêcher les comportements indésirables) plutôt que de la répression (laisser les gens libres de choisir et punir les comportements déviants). Pour ce cluster, le niveau de responsabilité est élevé pour les quatre premières modalités du facteur « Intervention de l'Etat » : mener des campagnes ou de perdre le monopole des ventes n'ont pas d'impact réel sur la responsabilité de l'Etat. En revanche celle-ci diminue particulièrement si l'Etat interdit les ventes. Nous pouvons penser que pour ce cluster, l'individu serait globalement peu responsable sauf dans le cas où la substance est interdite à la vente.

Enfin, le **cluster 1**, minoritaire, regroupe seulement 17% de la population. Les personnes ont tendance à ne pas tellement mettre en cause l'Etat quelle que soit son intervention. Ce cluster regroupe les personnes les plus âgées et les plus à droite qui sont donc logiquement des partisans des libertés individuelles. En effet, dans son ensemble, la droite considère l'individu comme autonome et responsable : disposant de

son libre arbitre. Selon cette opinion politique, chaque citoyen doit être récompensé de ses efforts mais également sanctionné pour ses fautes. Pour ce cluster, l'absence de responsabilité collective est incontestable et nous pouvons envisager ici qu'inversement à une responsabilité de l'Etat peu élevée, les personnes de ce cluster prône la responsabilisation des personnes avec une vision selon laquelle chacun serait maître de sa santé. Ce cluster est largement minoritaire par rapport aux deux autres, ce qui signifie que dans le cadre de notre étude, les citoyens ont tendance à responsabiliser l'Etat plutôt que l'individu comme le font les répondants des deux clusters précédents.

Enfin, dans les trois clusters, il existe un large consensus selon lequel le facteur « Caractère scientifique de la preuve » a un effet important sur la responsabilité de l'Etat qui disparaît quand il fait des campagnes et interdit toutes les ventes. C'est donc l'interdiction des ventes qui permet exclusivement à l'Etat d'annuler sa responsabilité. Aussi, pour les produits interdits que sont le cannabis, la cocaïne ou l'héroïne, l'Etat sera vraisemblablement considéré comme peu responsable des décès imputables à ces substances. Dans ce cas, la responsabilité de l'individu doit donc a priori être inversement plus élevée. Au contraire, pour des substances comme le tabac qui sont en vente libre malgré les preuves de leur nocivité, l'Etat est considéré comme beaucoup plus responsable. Nous avons vu cependant que lorsque l'Etat fait campagne sa responsabilité se trouve diminuée. Nous pourrions donc nous demander ici jusqu'où l'Etat peut se défaire de sa responsabilité en faisant des campagnes anti tabac? Il serait intéressant de savoir également quel type de campagne a le plus d'impact sur cette responsabilité de l'Etat ?

Les deux premiers clusters sont largement majoritaires et traduisent une tendance forte dans la population à responsabiliser l'Etat dans le cadre de la consommation de substance. Cela nous montre l'opinion globalement conservatrice et prohibitive qui habite les répondants puisque seule l'interdiction des ventes permet à l'Etat de se déresponsabiliser. Ces résultats correspondent en partie à ceux de l'enquête EROPP (OFDT, 2008). En 2008, cette étude a effectivement montré que les Français adhéraient massivement aux mesures de santé publique adoptées ces dernières années et visant à un plus grand contrôle de l'offre de tabac et d'alcool, notamment celles limitant l'accès à ces produits pour les mineurs. Concernant une interdiction des ventes, 72% étaient ainsi favorables à une telle mesure pour les mineurs. Cette enquête introduisait

également l'idée intéressante d'une « dénormalisation » des produits psychoactifs licites notamment du tabac pour lequel un Français sur trois va jusqu'à considérer qu'il devrait être totalement interdit à la vente.

En réponse à notre dernière hypothèse, nous pouvons nous étonner du fait que seuls l'orientation politique et l'âge aient un effet sur la répartition des clusters. En effet, comme l'ont montré nos résultats, la consommation d'alcool, de tabac ou de substances illicites ne sont pas des facteurs significatifs. Nos données sont cependant à prendre avec précaution notamment à cause de la nature de notre échantillon qui ne regroupe qu'un petit nombre de personnes consommant des drogues illicites. En revanche, nous aurions pu penser que les consommateurs (de tabac, d'alcool) allaient présenter des patterns de réponse différents des non consommateurs. Les consommateurs, se mettant à la place des personnages présentés dans les scénarios, auraient ainsi évalué les différentes situations comme proches d'eux ce qui aurait pu influencer leur jugement : par exemple, en donnant un poids plus important aux campagnes d'information menées par l'Etat ou en responsabilisant plus l'Etat. Afin d'évaluer cet élément, il faudrait présenter des scénarios similaires où cette fois, la personne décrite n'est autre que le participant lui-même.

Dans cette même idée, il aurait été intéressant ici d'interroger les personnes sur le fait qu'elles possèdent ou non dans leur entourage direct une personne décédée d'un cancer suite à la consommation de substance. Cet élément pourrait en effet avoir une influence quant au jugement de responsabilité des sujets. Des scénarios similaires pourraient être proposés, à ceci près que le patient serait toujours présenté comme le conjoint du participant et que l'âge de ce conjoint serait ajusté à l'âge du participant. Nous pourrions également dans une prochaine étude évaluer ce qu'il en est de la responsabilité individuelle pour ces mêmes scénarios. Il serait particulièrement intéressant de voir si cette dernière est inversement élevée par rapport à la responsabilité de l'Etat que nous avons évaluée ici.



# **DISCUSSION**

## **GENERALE**

---



L'ensemble de nos facteurs n'ayant jamais été étudié dans la littérature scientifique, les résultats de nos études étaient difficiles à anticiper. Ils sont cependant à prendre en compte avec intérêt pour être éventuellement réintégrés à de futures recherches sur un thème similaire afin de mieux préciser ce que nous avons pu commencer à entrevoir ici.

Une large majorité des études relatives à la politique des drogues se concentre uniquement sur deux positions de réglementation : la première interdisant toute drogue au sens large et punissant non seulement les dealers mais également les consommateurs et la seconde, plus permissive, laissant plus de liberté : décriminalisant les consommateurs ainsi que les dealers (Weinacht, 1999). Pourtant, ces deux positions ne sont pas les seules et notre étude nous a permis, grâce à sa méthodologie bien spécifique, de « capter » toutes les opinions présentes dans notre population de recherche.

Nous avons ainsi pu constater que subsistent aujourd'hui en France de réelles différences entre les opinions des personnes en ce qui concerne la conduite à tenir face au phénomène des drogues. Notre première étude nous a permis de mettre en évidence l'existence dans notre pays des deux positions politiques que nous venons d'évoquer : la *prohibition* et la *légalisation*. Notre recherche a par ailleurs fait apparaître un résultat fondamental puisqu'une troisième opinion a été isolée. Pour un groupe de répondants, aucune solution n'est en effet réellement appropriée en ce qui concerne la politique des drogues : ni la prohibition, ni la légalisation ne semblent convenir face aux drogues. Cette constatation est conforme à celle de Goode (1998) selon laquelle une position politique dite « *radicale constructionniste* » persiste et doit être prise en considération en plus des autres points de vue les plus fréquemment rapportés. Les personnes de ce groupe radical considèrent que le problème de la drogue n'est en fait qu'un prétexte utilisé par les gouvernements pour occulter les réels problèmes que sont la pauvreté, le chômage ou la délinquance. Selon ce point de vue, les racines du problème sont ailleurs et le rôle des médias est particulièrement significatif dans ce cadre puisque ce sont eux qui relaient les informations et à destination de la population.

Nos résultats mettent en évidence le fait que les points de vue « *légalisationniste* » et « *prohibitionniste* » ne sont pas en stricte opposition. En réalité, le contraste apparaît plus entre la politique du *laissez faire* et les autres politiques

menées par l'Etat en ce qui concerne les drogues (réglementation ou interdiction). Autrement dit, les participants opposent très nettement le fait que l'Etat ne mène aucune action, au fait qu'il en mène une : qu'il s'agisse de l'interdiction ou de la réglementation des drogues. En outre, interdire ou réglementer un seul type de drogues (qu'il s'agisse des dures ou des douces) n'augmente que faiblement l'acceptabilité de la position politique de l'Etat. Seule l'interdiction totale et la réglementation totale ont un vrai impact sur l'augmentation de l'acceptabilité. Les sujets ne semblent donc pas faire de réelle distinction entre les différents types de drogues contrairement à ce que l'on pourrait supposer aux vues des actuels débats sur le cannabis.

La position conservatrice favorable à la prohibition est celle qui est appliquée aujourd'hui dans nos pays occidentaux. Notre première étude a permis de voir, qu'une part non négligeable de la population y était effectivement favorable. Selon cette position, la position de l'Etat qui est la plus acceptable correspond à celle où il interdit toutes les drogues. Selon les défenseurs de cette position prohibitionniste, l'Etat a, en réalité, une part de responsabilité à assumer en ce qui concerne les conséquences négatives liées aux drogues légalisées (telles que l'alcool, le tabac) et il ne pourrait donc pas légaliser les autres drogues sans voir sa responsabilité fortement augmenter.

Cela nous a conduits à notre seconde étude puisqu'il nous a paru légitime de nous interroger ici sur la responsabilité de l'Etat dans le cas où effectivement, un problème de santé se déclare chez un consommateur de substances. Nous avons pu voir dans cette deuxième recherche que les personnes ont clairement associé la santé du consommateur de substance et la responsabilité de l'Etat. La politique de l'Etat a certes eu un effet significatif sur la responsabilité de ce dernier, toutefois, et c'est un résultat central, seule l'interdiction totale des drogues par l'Etat lui permet de se dégager de toute responsabilité. Dans les autres cas de figure, l'Etat est perçu comme partiellement responsable chaque fois que la consommation de drogue mène à un décès.

L'orientation politique des personnes a fortement influencé les attributions de responsabilité. Ainsi, les personnes de gauche ont plus tendance à responsabiliser l'Etat que les personnes de droite. Ceci reste cohérent avec le fait que la gauche tend généralement à donner plus d'importance au rôle de l'Etat en matière de santé publique et d'éducation des citoyens. De même, les personnes de droite sont plus sensibles à la preuve scientifique que les personnes de gauche. Cette seconde étude traduit une

tendance forte dans la population à responsabiliser l'Etat dans le cadre de la consommation de substance. Cela nous montre l'opinion globalement conservatrice et prohibitive qui habite les Français puisque seule l'interdiction des ventes permet à l'Etat de se déresponsabiliser totalement. Les Français semblent donc adhérer aux mesures de santé publique adoptées ces dernières années. Dans notre pays en effet, ces mesures visent non seulement une prohibition ferme des drogues dures, mais également un plus grand contrôle de l'offre de tabac et d'alcool, notamment pour les mineurs.

En dépit de la pertinence de cette méthode d'Anderson que nous avons utilisée ici, la tâche expérimentale impose quelques limites que nous devons évoquer. Bien que les scénarios décrivent des situations concrètes et détaillées, les participants disposaient d'informations en partie restreintes puisqu'elles ne permettaient pas d'approfondir certains aspects (par exemple, l'histoire du pays considéré dans les scénarios de la première étude, des éléments précis concernant la personne dépendante dans la seconde étude). Il n'est pas impossible, bien que cela ne soit pas vérifié, que ces quelques données puissent influencer au moins partiellement les réponses des participants.

D'autre part, le nombre important de scénarios notamment dans la seconde étude (80 scénarios) a pu entraîner des difficultés de maintien de l'attention bien que très peu de personnes aient effectivement rapporté ce problème. Le fait de présenter les scénarios dans un ordre aléatoire a cependant permis d'estomper l'effet qu'aurait pu générer cette difficulté.

Nous pouvons également nous poser la question du contexte social et de l'actualité dans le cadre desquels se sont déroulées nos enquêtes. Notre seconde étude pourrait éventuellement avoir été influencée par l'affaire du *Mediator®* révélée au grand public en novembre 2010. Cette affaire fortement médiatisée aurait pu en partie biaiser les résultats en faisant légèrement augmenter le niveau de responsabilité de l'Etat puisque les personnes pourraient être particulièrement sensibilisées à ces problématiques. Ceci dit, au cours des passations, aucun des répondants n'a évoqué cette question.

Suite aux passations, de nombreux participants ont exprimé leur intérêt pour l'étude à laquelle ils avaient répondu. Dans la première étude, certains ont rappelé la difficulté de juger une des situations comme plus acceptable qu'une autre : ce résultat se retrouve avec la présence d'un groupe « radical constructionniste » qui n'a

effectivement pas privilégié une politique plus que les autres. La plupart ont surtout parlé des différences transculturelles dont fait l'objet la politique des drogues dans le monde, et notamment des questionnements en rapport avec la légalisation du cannabis. Dans la seconde étude, une partie des répondants a évoqué les dernières lois antitabac en France et ont surtout soulevé le problème du respect des libertés individuelles. Pour certains, il semble que la problématique pourrait ainsi se situer dans la différenciation entre une *espace de vie publique* soumis au contrôle de l'Etat, opposé à un *espace de vie privée* au sein duquel l'Etat ne devrait pas pouvoir intervenir. Ces différentes réactions observées chez les participants témoignent du fondement éthique de nos recherches et montrent qu'il est primordial de poursuivre et de diversifier les travaux portant sur ces thèmes.

# **CONCLUSION**

## **GENERALE**

---





Les drogues ne sont pas un problème local, touchant une population particulière et ce phénomène n'est pas non plus dépendant de la législation régionale. Il s'agit d'un phénomène culturel, universel et massif. Il existe en effet une dimension géopolitique des drogues et leur trafic alimente toutes sortes de conflits et de mafias. Les drogues naturelles comme le cannabis, la cocaïne, le khat et l'opium qui avaient été utilisées seulement dans certaines cultures et au sein d'un mode de vie traditionnel, ont vu leur exploitation s'accroître et leur usage a maintenant atteint des proportions épidémiques. De la même façon, les drogues artificielles telles que les amphétamines, les barbituriques et toute une gamme de calmants et de tranquillisants peuvent s'obtenir de façon aussi bien légale qu'illégale.

Grâce à la méthode bien spécifique issue de la Théorie fonctionnelle de la cognition d'Anderson, nous avons mené une étude sur l'acceptabilité de la position politique prise par l'Etat : 225 personnes ont jugé du niveau d'acceptabilité dans chacun des scénarios résultant de la combinaison de trois facteurs : les campagnes d'information menées par l'Etat, la demande intérieure en drogue et l'action de l'Etat face aux drogues (du « laissez-faire » à l'interdiction totale). Avec cette même méthodologie, nous avons mené une seconde étude concernant la responsabilité de l'Etat où 234 personnes ont jugé du niveau de responsabilité dans chacun des scénarios résultant de la combinaison de cinq facteurs : le caractère scientifique des preuves de la relation consommation/maladie, le temps depuis lequel cette substance est réputée dangereuse, le degré de généralité du risque, le degré auquel la personne a consommé la substance et l'action de prévention de l'Etat (du monopole jusqu'à l'interdiction des ventes).

Nos deux études permettent de faire un état des lieux sur les conditions de l'acceptabilité de la position politique prise par l'Etat face aux drogues ainsi que sur les conditions du niveau de responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès. Nos résultats montrent que les opinions de la population générale concernant cette problématique des drogues sont diverses. Les répondants ont clairement associé d'une part le problème des drogues avec la politique menée par l'Etat et d'autre part, la santé du consommateur et à la responsabilité de l'Etat. Les répondants combinent les informations différemment en fonction des modalités des facteurs. Or, aucune étude n'avait encore pu montrer de quelle manière les informations étaient intégrées avant d'aboutir au jugement final.

La première étude nous montre qu'au delà d'une répartition de la population en trois groupes de répondants, le grand public est globalement favorable à une réglementation des drogues par l'Etat avec un consensus particulier selon lequel le *laissez-faire* est la politique la plus inacceptable de toutes. Selon ce point de vue, aucune drogue ne doit être considérée comme illégale, mais il est cependant nécessaire que la production et la distribution de ces substances soient régulées par une autorité supérieure. A l'opposé, notre seconde étude souligne un aspect plus conservateur de la population selon lequel, dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance, l'Etat se dégage de toute responsabilité seulement dans une situation : s'il en interdit totalement les ventes. Dans les autres cas, l'Etat est perçu comme partiellement responsable chaque fois que la santé d'un consommateur de drogue se détériore. Ce niveau de responsabilité n'est que légèrement atténué lorsque l'État lance des campagnes d'information, lorsque la preuve scientifique n'est pas avérée et lorsque le niveau de la consommation de la personne est immodéré. En outre, les personnes de gauche ont tendance à attribuer plus de responsabilité à l'État que les personnes de droite et ces derniers sont plus sensibles à la preuve scientifique que les personnes de gauche.

En étudiant ces thèmes avec la Théorie fonctionnelle de la cognition (Anderson, 1981, 1982, 1996), nous avons pu mettre en évidence le poids de chacun des facteurs pris en compte ainsi que la façon dont ces facteurs sont intégrés pour rendre un jugement. Ces informations sont innovantes puisqu'aucune étude portant sur les jugements d'acceptabilité de la position de l'Etat face aux drogues n'avait montré comment les différents facteurs inhérents aux situations ou les différents facteurs interpersonnels étaient pris en compte. De même, aucune étude sur le jugement de responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance n'avait été menée. Dans les deux cas, c'est l'intervention/la politique de l'Etat qui a le plus d'influence sur les réponses des participants.

Nos deux études apportent ainsi des éléments nouveaux qui peuvent intéresser les législateurs et leur permettre de mieux comprendre comment la population conçoit l'acceptabilité de ses politiques face aux drogues ainsi que sa responsabilité dans le cadre de la consommation d'une substance. Ces éléments pourraient permettre aux administrations publiques de mieux connaître les représentations et les attitudes du public, ses souhaits, la visibilité de leurs actions, leurs effets et, le cas échéant, la façon

dont les innovations pourraient être accueillies. Pour les mêmes raisons, ces études peuvent également intéresser les organismes responsables de la santé publique puisqu'elles permettent en partie d'évaluer les besoins d'éducation de la population en matière de drogues.

Nos deux études peuvent également intéresser les soignants qui sont en relation avec des consommateurs de substances addictives ou avec leur entourage. Comme l'ont souligné plusieurs auteurs, l'attribution de responsabilité dans la situation de dépendance est déterminante pour l'issue du traitement (Palm, 2004 ; Feigin & Sapir, 2005 ; Luke, Ribisl, Walton & Davidson, 2002). Connaître les attitudes des patients peut permettre aux praticiens d'adapter leurs discours et leurs actions en fonction des personnes et peut-être de mieux les comprendre.

Les recherches présentées dans cette thèse ont en ainsi permis d'explorer une petite partie de ces thèmes peu étudiés par les chercheurs et notre travail a montré l'intérêt d'aborder ces sujets d'un point de vue psychologique et plus particulièrement au moyen de la théorie fonctionnelle de la cognition. Ces thèmes riches, vastes et complexes, offrent encore une multitude de possibilités pour des recherches futures. Ces dernières doivent venir étayer nos travaux en approfondissant les sujets qui y sont explorés ou en apportant d'autres éléments encore peu pris en compte. Ainsi, des recherches pourraient être réalisées sur des populations fortement stéréotypées, comme les juristes, les personnes atteintes d'un cancer lié à un abus de substances, les personnes ayant connu dans leur entourage un décès lié à ce problème, les consommateurs ou les populations à risque. Il serait intéressant ici de croiser nos résultats avec ceux issus de ces études plus spécifiques. Parmi les variables individuelles que nous avons considérées, il serait pertinent de s'attarder sur l'orientation politique des personnes. La répartition politique gauche/centre/droite pourrait être étayée avec des éléments plus précis concernant la vision qu'ont les répondants de l'Etat, son rôle et son champ d'action.

En outre, une étude se focalisant sur l'évaluation de la responsabilité individuelle pourrait être pertinente afin d'étayer les résultats de notre première étude afin de voir si, oui ou non, cette dernière suit une courbe inverse à celle de la responsabilité perçue de l'Etat.

La loi du 31 décembre 1970 « *relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses* » classe en France l'usage de produits stupéfiants, dont fait partie le cannabis, dans les délits. Ce texte est régulièrement critiqué et la question d'une possible légalisation ou dépénalisation du cannabis revient régulièrement dans le débat politique. Nous pourrions adapter notre étude au cas très spécifique du cannabis afin de mieux comprendre comment la population se positionne par rapport à cette substance.

Dans une perspective interculturelle, des études futures, telles que celle menée en ce moment à Bogota, pourraient nous permettre d'entreprendre la comparaison de nos résultats avec ceux issus d'études menées dans d'autres Etats. En effet, dans des pays où le problème de la drogue est appréhendé de manière différente par le gouvernement, nous pourrions éventuellement obtenir des résultats intéressants à confronter avec ceux que nous avons obtenus en France.

Enfin, un travail sur les campagnes d'information du public menées par l'Etat pourrait également être particulièrement utile pour tenter de comprendre comment travailler en amont sur la consommation des drogues. Dans une prochaine étude, nous pourrions rechercher quel type de campagnes a un véritable effet sur l'acceptabilité de la position politique de l'Etat puisque ce sujet n'a pas été traité par la littérature. Nous pourrions également nous demander jusqu'où l'Etat peut se défaire de sa responsabilité en faisant des campagnes ? Il faudrait par ailleurs rechercher quel type de campagne a le plus d'impact sur cette responsabilité de l'Etat ?

Il serait ici pertinent de rechercher les raisons précises qui poussent les personnes à consommer et ce qui crée ce besoin de drogue. Au delà d'une simple « déresponsabilisation » de l'Etat, le point de vue des « radicaux » selon lequel il faut chercher les causes au problème des drogues doit effectivement être plus approfondi. Etant donné que cette position n'a jamais été étudiée dans d'autres études empiriques, de futures recherches devraient être menées pour aborder plus en détail cette position et notamment son association avec d'autres points de vue concernant la pauvreté, les discriminations ou l'éducation. Comme nous l'avons abordé dans notre revue de littérature, il serait intéressant de s'attarder sur les raisons qui sous tendent les modes de consommation actuels. Aujourd'hui, l'usage de ces substances s'inscrit directement dans l'insertion sociale de l'individu comme un moyen de maintenir les performances et

de mieux contrôler les tensions, aussi, l'influence du climat social, de la pression professionnelle, du système économique, le poids du jugement de la société, la recherche de la satisfaction immédiate sont autant d'éléments qu'il faudrait intégrer à nos futures recherches. Nous pouvons envisager en effet que cela pourrait favoriser une meilleure compréhension du point de vue de ces radicaux qui représentent une part importante de notre population de recherche.

Pour conclure, ces études mettent en avant un élément majeur selon lequel, pour la population générale, le fait que l'Etat assume ou non une partie de la responsabilité liée aux conséquences de la consommation de substances, est un véritable problème éthique. Par ailleurs, au delà du débat qui oppose les partisans de la prohibition, aux partisans de la légalisation, une large part de la population pense que les racines du phénomène sont ailleurs. Pour ces personnes, aucune des positions politiques envisagées n'est réellement acceptable pour venir à bout du problème des drogues. Les questions relatives aux substances addictives soulèvent des interrogations éthiques complexes. Il se pourrait que ce ne soit plus un simple sujet de débat théorique ou intellectuel, mais réellement l'un des principaux enjeux politiques de notre temps.



# **REFERENCES**

## **BIBLIOGRAPHIQUES**

---





- Abramsky, S., (2010). Altered State : Despite of the defeat of prop 19, the pot economy in California is growing in size and influence. *The Nation*, 27, 17-22.
- Ackerman, S.R. (2008). Corruption and Government. *International Peacekeeping*, 15, 3, 328-343.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, département stupéfiants & psychotropes (2010). Glossaire : Stupéfiants et psychotropes. *Vigilances*, 50, 1-9.
- Agrawal, S., Everett, W.W., & Sharma, S. (2010) Medical student views of substance abuse treatment, policy and training. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(5), 587-602.
- Ajzen, I. (1991).The theory of planned behavior. *Organizational and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Akers, R.L. (1992). Book Review Essay: what do we do about drugs? Consequences and reform of public policy, *Criminal Justice Review of College of Public and Urban Affairs*, 17, 2, 281-290.
- Amalberti, R., Fuchs, C., & Gilbert, C., (2002). *Conditions et mécanismes de production des défaillances, accidents et crises*. Grenoble : publications MSH-Alpes.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC :American Psychiatric Association.
- Anderson, N. H. (1982). *Methods in information integration theory*. New-York: Academic Press.
- Anderson, N. H. (1996). *A Functional Theory of Cognition*. Mahwah: Erlbaum.
- Anderson, N.H (1981). *Foundations of information integration theory*. New-York: Academic Press.
- Anderson, N.H. (1991). *Contributions to information integration theory: vol. I, Cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anderson, N.H. (1991). *Contributions to information integration theory: vol. II, Cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anthony, J.C. (2002). Death of the ‘stepping-stone’ hypothesis and the ‘gateway’ model? Comments on Morral & al. *Addiction*, 97, 1505–1507.

- Ardant, P., & Mathieu, B. (2012). *Institutions politiques et droit constitutionnel*, Paris : LGDJ.
- Banduelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risques et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces*. Saint Denis : Editions INPES.  
Document en ligne, consulté le 26/05/2010. [http ://www.inpes.sante.fr/](http://www.inpes.sante.fr/) .
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: Toward an unifying theory off behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New-York : Freeman.
- Bates C., Jarvis, M., & Connolly, G., (1999). *Tobacco additives, cigarette engineering and nicotine addiction*. London: Edition Action on Smoking and Health.
- Batra, V., Patkar, A., Weibel, S., Pincock, G. & Leone, F. (2002). Public Health Implications of Voters' Attitudes Regarding Statewide Tobacco Policy. *Chest Journal*, 122, 295-298.
- Beauchamp, A. (1996). *Gérer le risque, vaincre la peur*. Montréal : Édition Bellarmin.
- Beck, F., & Cytrynowicz, J. (2006). *Usages de drogues illicites*. In Guilbert, P., & Arnaud, G. Dossier de presse. Baromètre santé 2005. Saint Denis : Edition INPES.
- Beck, F., & Peretti-Wattel, (2000). *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris : Editions OFDT.  
Document en ligne, consulté le 12/05/2011 :  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bleu00.htm>
- Beck, F., Guignard, R., Richard, J.-B., Tovar, M.-L., & Spilka, S. (2011). Les niveaux d'usage en France en 2010. *Tendances*, 76, 2-6.
- Beck, F., Legleye, S., & Peretti-Wattel, P. (2003) *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes EROPP 2002*, Paris : Editions OFDT.  
Document en ligne, consulté le 12/07/2011 :  
<http://www.ofdt.fr/BDD/ publications/fr/eropp02.htm>
- Beck, F., Legleye, S., Spilka, S., Briffault, X., Gautier, A., Lamboy,B., Leon, C., & Wilquin, J.L. (2005). *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé 2005*. Paris : Editions OFDT.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Aubier.
- Becker, H. (1985). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.

- Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. (1987) Comparing social learning theory and the health belief model. In: Ward, W. B. (eds) *Advances in Health Education and Promotion*. JAI Press, Greenwich.
- Bedi, G., Foltin, R.W., Gunderson, E.W., Rabkin, J., Hart, C.L., Comer, S.D., Vosburg, S.K., Haney, M. (2010). Efficacy and tolerability of high-dose dronabinol maintenance in HIV-positive marijuana smokers: a controlled laboratory study. *Psychopharmacology*, 212(4), 675-686.
- Berridge, V., & Mars, S. (2004). History of addictions. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 58(9), 747-50.
- Berthiller, J., & Sasco, A.J., (2005). Smoking (active or passive) in relation to fertility, medically assisted procreation and pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 34, 1, 3S, 47-54.
- Biener, L., Reimer, R.L., Wakefield, M., Szczypka, G., Rigotti, N.A. & Connolly, G. (2006). Impact of Smoking Cessation Aids and Mass Media Among Recent Quitters. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 3, 217-224.
- Blendon, R.J., & Young, J.T. (1998). The public and the war on illicit drugs. *Journal of American Medical Association*, 279, 827-832.
- Bonnin-Scaon, S., Lafon, P., Chasseigne, G., Mullet, E., & Sorum, P. (2002). Learning the relationship between smoking, drinking alcohol, and the risk of esophageal cancer. *Health Education Research*, 17, 415-424.
- Boyum (2001). Prohibition and legalization: beyond the false dichotomy. *Social Research*, 68(3), 865-868.
- Bretteville-Jensen, A., Melberg, H., & Jones, A. (2008). Sequential Patterns of Drug Use Initiation - Can We Believe In the Gateway Theory? *Journal of Economic Analysis & Policy*, 8, 2, 1935-2002.
- Brisbois, T.D., de Kock, I.H., Watanabe, S.M., Mirhosseini, M., Lamoureux, D.C., Chasen, M., Macdonald, N., Baracos, V.E., & Wismer, W.V. (2011). Delta-9 tetrahydrocannabinol may palliate altered chemosensory perception in cancer patients: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot trial. *Annals Oncology*, 22.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Byrne, D.G., Byrne, .A.E., & Reinhart, M.I. (1995). Personality, stress and the decision to commence cigarette smoking in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(1), 53-62.

- Cadet-Tairou, A., Gandilhon, M., Toufik, A., & Evrard, I. (1998). *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 - Huitième rapport national du dispositif TREND*. Paris : Editions OFDT.
- Campos, I. (2011). In search of real reform: Lessons from Mexico's long history of drug prohibition. *NACLA, Reports on the Americas*, 44, 14-18.
- Carlsen, L. (2010). A new model for Mexico. *The Nation*, 9, 27.
- Carr-Gregg, M.R.C., Enderby, K.C., & Grover, S.R. (2003). Risk-taking behavior of young women in Australia: screening for health-risk behaviors. *The Medical Journal of Australia*, 178, 12, 601-604.  
Document en ligne consulté le 21/04/2011 :  
[http://www.mja.com.au/public/issues/178\\_12\\_160603/car10800\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/car10800_fm.html)
- Carré de Malberg, R. (1962). *Contribution à la théorie générale de l'Etat*. Paris : CNRS.
- Cleveland, H. H., & Wiebe, R.P. (2008). Understanding the association between adolescent marijuana use and later serious drug use: Gateway effect or developmental trajectory? *Development and Psychopathology*, 20, 2, 615-632.
- Clough, A.R. (2005). Associations between tobacco and cannabis use in remote indigenous populations in Northern Australia. *Addiction*, 100, 346-353.
- Collin, C., Ambler, Z., Kent, R., McCalla, R. (2006). *A randomized controlled study of Sativex® in patients with symptoms of spasticity due to multiple sclerosis*. 22nd Congress of the ECTRIMS, Madrid.
- Collin, C., Davies, P., Mutiboko, I.K., Ratcliffe, S., for the Sativex® Spasticity in MS Study Group. (2007). Randomized 13 von 35 controlled trial of cannabis-based medicine in spasticity caused by multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 14(3), 290-296.
- Comber R. (1997), The adulteration of illicit drugs with dangerous substances – the discovery of a « myth ». *Contemporary Drug Problem*. 24, 239-271.
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (1994). *Rapports du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies*. 43.  
Document en ligne, consulté le 12/09/2011 : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/>
- Communauté européenne (2004). *Décision du Conseil 2004/579/CE, du 29 avril 2004, relative à la conclusion au nom de la Communauté européenne de la convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée* [Journal officiel L 261 du 06.08.2004].

- Conte, A., Bettolo, C.M., Onesti, E., Frasca, V., Iacovelli, E., Gilio, F., Giacomelli, E., Gabriele, M., Aragona, M., Tomassini, V., Pantano, P., Pozzilli, C., Inghilleri, M. (2009). Cannabinoid-induced effects on the nociceptive system: a neurophysiological study in patients with secondary progressive multiple sclerosis. *European Journal of Pain*, 13(5), 472-477.
- Costes, J.M., Le Nézet, O., Spilka, S., & Laffiteau, C. (2010). Dix ans d'évolutions des perceptions et des opinions des français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*, 71, 1-6.
- Costes, J.M.J. & Ades, J.E. (2010). *Ten years of change on the issue of drugs in France: public policy, public opinion and media*, in ISSDP Conference, RAND Drug Policy Research Center Santa Monica, California, USA.
- Couteron, J.P. (2001). L'usage dur des drogues douces. La mise en place d'un outil d'autoévaluation de la consommation. *Les Cahiers de Profession Banlieue*, 51-69.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., & Van Laar, M. (2008). Estimating the total mortality among problem drug users. *Substance Use Misuse*. 43(5), 733-47.
- De Leeuw E., & World Health Organization (2007). 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion, Bangkok, August 2005. Health Promotion International An Official Journal of the International Union for Health *Promotion and Education*, 21, 1.
- Delaveau, P. (2006). Report and press releases: Definition of the French word «Droge». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 190, 8, 1831-1832.
- Ding, K., Chang, G.A., & Southerland, R. (2009). Age of Inhalant First Time Use and Its Association to the Use of Other Drugs. *Journal of Drug Education*, 39, 3, 261-272.
- Dupont, R.L., & Voth, E.A. (1995). Drug legalization, harms reduction, and drug policy. *Annales Internes de Médecine*, 15, 123(6), 461-465.
- Duran, M., Pérez, E., Abanades, S., Vidal, X., Saura, C., Majem, M., Arriola, E., Rabanal, M., Pastor, A., Farré, M., Rams, N., Laporte, J.R., & Capellà, D. (2010). Preliminary efficacy and safety of an oromucosal standardized cannabis extract in chemotherapy-induced nausea and vomiting. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 70(5), 656-63.
- Ebrahim, S.H., Floyd, K.L., Merritt, R.K., Decoufle, P., & Holtzman, D. (2000). Trends in pregnancy-related smoking rates in the United States, 1987-1996. *Journal of the American Medical Association*, 283(3), 361-366.
- Ehrenberg, A. (2000). *La Fatigue d'être soi : Dépression et société*. Paris : Poches Odile Jacob.

- Ellickson, P.L., Tucker, J.S., Klein, D.J., & Saner, H. (2004). Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Preventive Medicine*, 39, 976–984.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fassin, D. (2005). *Faire de la santé publique*. Rennes : Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- Faugeron, C., & Kokoreff, M. (2002). « *Il n'y a pas de société sans drogues* » : *Un processus de normalisation ?*. in Faugeron, C., & Kokoreff, M., *Société avec drogues. Enjeux et limites* (7-31). Ramonville Saint-Agne : Editions Erès.
- Feltracco, A., & Gutierrez, K. (2007). *Campaign Development Tool Kit: An International Guide for Planning and Implementing Stop Smoking Campaigns*. Brantford, ON: Global Dialogue for Effective Stop Smoking Campaigns.
- Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2000). Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*, 95, 505–520.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: Testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 556–569.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R.W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 407-429.
- Foddy, B., & Savulescu, J. (2006). Addiction and Autonomy: Can Addicted People Consent to the Prescription of Their Drug of Addiction? *Bioethics*, 20, 1-15
- Fonseca, G. (1992). Économie de la drogue : taille, caractéristiques et impact économique. *Tiers-Monde*, 33, 131, 489-516.
- Frileux, S, Lelièvre, C, Munoz Sastre, M.T., Mullet, E., & Sorum, P. (2003). Deciding to end a patient's life. *Journal of Medical Ethics*, 29, 330-336.
- Goldman, D., Oroszi, G. & Ducci, F. (2005). The Genetics of Addiction: Uncovering the Genes. *Nature Reviews: Genetics*, 6, 521-532.
- Golub, A., Johnson, B.D., & Dunlap, E. (2005). The growth in marijuana use among American youths during the 1990s and the extent of blunt smoking. *Journal of Ethnicity Substance Abuse*, 4, 1–21.

- Goode, E. (1998). Strange bedfellows: Ideology, politics, and drug legalization. *Society*, 35, 18-27
- Grémy, I., Halfen S., Sasco, A., & Slama, K. (2002). *Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac*. Paris : ORS Ile-de-France.
- Grossman, M., Chaloupka, F.J., & Shim, K. (2002). Illegal drug use and public policy. *Health Affairs*, 21(2), 134-145.
- Groupe Europ Assistance et le Cercle Santé Société (2011). *Les soins de santé en Europe et aux Etats-Unis. Résultats du baromètre 2011 et évolutions observées depuis 2006*. Paris : Institut CSA.
- Guedj, M., Gibert, M., Maudet, A., Munoz Sastre, M.T., Mullet, E., Sorum, P.C., (2005). Acceptability of ending a patient's life. *Journal of Medical Ethics*, 31(6), 311-7.
- Guedj, M., Munoz Sastre, M.T., Mullet, E., Sorum, P.C. (2006). Under what conditions is the breaking of confidentiality acceptable to lay people and health professionals? *Journal of Medical Ethics*, 32(7):414-9.
- Guedj, M., Munoz Sastre, M.T., Mullet, E., Sorum, P.C. (2009). Do French lay people and health professionals find it acceptable to break confidentiality to protect a patient's wife from spousal Violence? *International Journal of Law and Psychiatry*, 32:108-114.
- Guilbert, P., Baudier, F., & Gautier, A. (2001). *Baromètre Santé 2000*. Résultats, 2. Vanves : CFES.
- Guilbert, P., Gautier, A., Beck, F., Peretti-Watel, P., Wilquin, J.L., Leon, C., Legleye, S., & Arwidson, P. (2004-2005). *Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée*. Baromètre santé, France. Vanves : CFES.
- Guillien, R., & Vincent, J. (2001). *Lexique des termes juridiques*, Paris : Dalloz
- Hahn, E.J., Hall, L.A., Kay Rayens, M., Burt, A.V., Corley, D., & Sheffel, K.L. (2000). Kindergarten Children's Knowledge and Perceptions of Alcohol, Tobacco, and Other Drugs. *Journal of School health*, 70, 2, 51-55.
- Hall, W.D., & Lynskey, M. (2005). Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 24, 39-48.
- Hall, W.D., Gartner, C.E., & Carter, A. (2008) The genetics of nicotine addiction liability: ethical and social policy implications. *Addiction*, 103 (3), 350–359.

- Haney, M., Gunderson, E.W., Rabkin, J., Hart, C.L., Vosburg, S.K., Comer, S.D., & Foltin, R.W. (2007). Dronabinol and marijuana in HIV-positive marijuana smokers. Caloric intake, mood, and sleep. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(5), 545-54.
- Haney, M., Rabkin, J., Gunderson, E., Foltin, R.W. (2005). Dronabinol and marijuana in HIV(+) marijuana smokers: acute effects on caloric intake and mood. *Psychopharmacology*, 181(1), 170-8.
- Harte, C.B., & Meston, C.M. (2011). Recreational use of erectile dysfunction medications in undergraduate men in the United States: Characteristics and associated risk factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 597-606
- Harte, C.B., & Meston, C.M., (2008). Acute Effects of Nicotine on Physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 110-121.
- Hatgis, C., Freidman, P.D., & Wiener, M. (1997). Attributions of responsibility for addiction: the effects of gender and type of substance. *Substance Use & Misuse*, 43, 700-708.
- Hauge, R. (2003). Legalization of illicit drugs: two sides to the coin. *Addiction*, 98, 6, 717-178.
- Healy, D. (2004). *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Henri, B., (2002). *La corruption, un mal endémique*. Paris : Hermès.
- Herland, D., Karsenty, S., Py, Y., Chauvin, B., Guillet, L., Siméone. A., & Mullet, E. (2003). Risk target: an interactive factor in risk perception. *Risk Analysis*, 23, 831-828.
- Herland, D., Karsenty, S., Py, Y., Guillet, L., Chauvin, B., Simeone, A., Muñoz Sastre, M.T., & Mullet, E. (2003). Risk Target: An Interactive Context Factor in Risk Perception. *Risk analysis*, 23, 4, 821-828.
- Herland, D., Karsenty, S., Py, Y., Guillet, L., Chauvin, B., Simeone, A., Muñoz Sastre, M.T., & Mullet, E. (2003). Risk Target: An Interactive Context Factor in Risk Perception. *Risk Analysis*, 23, 4, 821-828.
- Herland, D., Mullet, E., & Lavieville, S., (1997). Perception of the combined effects of smoking and alcohol on cancer risks in never smokers and heavy smokers. *Journal of health Psychology*, 2, 481-491.
- Hill, C. (2000). Epidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Bulletin du cancer*, 5, 49-53.



- Hoffman, N.G., Chang, A.J., & Lewis, D.C. (2000). Medical Student Attitudes Toward drug addiction policy. *Journal of Addictive Diseases*, 19, 1-12.
- Hogarth, R. M. (1979). How valid is your judgment? *Centre For The Development Of People Journal*, 3, 47-56.
- Hogarth, R. M. (1980). *Judgment and choice: The psychology of decision*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Hogarth, R. M. (1981). Beyond discrete biases: Functional and dysfunctional aspects of judgmental heuristics. *Psychological Bulletin*, 90, 197-217.
- Hopwood, M., Brener, L., Frankland, A., & Treloar, C. (2010). Assessing community support for harm reduction services: Comparing two measures. *Drug and Alcohol Review*, 29, 385-39
- Houston, A. (2010). Budding prospects: Fueled by young activists and serious fungs, the legalization movement is poised for big gains. *The Nation*, 27, 22-25.
- Hublet, A., Schmid, H., Clays, E., Godeau, E., Gabhainn, S.N., Joossens, L., & Maes, L. (2009). Association between tobacco control policies and smoking behavior among adolescents in 29 European countries. *Addiction*, 104, 1918-26.
- Huhman, M.E., Potter, L.D., Nolin, M.J., Piesse, A., Judkins, D.R., Banspach, S.W., & al. (2010). The Influence of the VERB Campaign on Children's Physical Activity in 2002 to 2006. *American Journal of Public Health*. 100(4).
- Huizink, A.C., Levälähti, E., Korhonen, T., Dick, D.M., Pulkkinen, L. Rose, R.J., & Kaprio, J. (2010). Tobacco, Cannabis, and Other Illicit Drug Use Among Finnish Adolescent Twins: Causal Relationship or Correlated Liabilities? *Journal of Student Alcohol & Drugs*, 71(1), 5-14.
- Hulsman, L., & Van Ransbeek, H. (1983). Evaluation critique de la politique des drogues. *Déviance et société*, 7, 3. 271-280.
- Hyman, S. (2007). The Neurobiology of Addiction: Implications for Voluntary Control of Behavior. *The American Journal of Bioethics*, 7(1), 8-11.
- Inciardi, J. (1990). *Handbook of Drug Control in the United States*. New York : Greenwood Press.
- Institut national d'éducation et de prévention pour la santé (2007). *Le tabagisme passif, brochure d'information*. Paris : Editions INPES.
- Jacobs, J.B. (1990). Imagining drugs legalization. *Public Interest*, 28-42
- Janz, N. K. & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education Quarterly*, 11(1), 1-47.

- Jatoi, A., Windschitl, H.E., Loprinzi, C.L., Sloan, J.A., Dakhil, S.R., Mailliard, J.A., Pundaleeka, S., Kardinal, C.G., Fitch, T.R., Krook, J.E., Novotny, P.J., Christensen, B. (2002). Dronabinol versus megestrol acetate versus combination therapy for cancer-associated anorexia: a North Central Cancer Treatment Group study. *Journal of Clinical Oncology*, 20(2), 567-573.
- Jean-François, M., Fernandes, E., Dautzenberg, B., Dupont, P. ; & Ruelland, A. (2003). *Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003*. Document en ligne consulté le 10/03/2009 : [http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22\\_23/beh\\_22\\_23\\_2003.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22_23/beh_22_23_2003.pdf)
- Jenner, M.,S. (2011). International Drug Trafficking: A Global Problem with a Domestic Solution. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 18, 901-927.
- Johnson, KC. (2005). Accumulating evidence on passive and active smoking and breast cancer risk. *International Journal of Cancer*, 117, 619-28.
- Journal officiel (1995). La convention relative à la protection des intérêts financiers des Communautés européennes, *Journal officiel* C 316, 27.11.1995, 00-48.
- Kalant, H., (2009). Drug classification: science, politics, both or neither? *Addiction*, 105, 1146–1149
- Kandel, D.B., Yamaguchi, K., & Klein, L.C. (2006). Testing the gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 470–472.
- Kauffman, S.E., Silver, P., & Poulin, J. (1997). Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco and other drugs. *Social Work*, 42, 3, 231-240.
- Kenkel, D.S., & Mathios, A.D. (2002). « Gateway effects »: Insights from economics are needed. *Addiction*, 97, 1505.
- Kilmer, B., Caulkins, J.P., Liccardo, Pacula, R., MacCoun, R.J., & Reuter, P.H. (2010). Altered State? Assessing How Marijuana Legalization in California Could Influence Marijuana Consumption and Public Budgets. *Rand Corporation, Drug policy research center*, 1-82.
- Kouabenan, D.R., Cadet, B., Hermand, D., & Munoz Sastre, M.T. (2006). *Psychologie du risque. Identifier, évaluer, prévenir*. Bruxelles : Editions De Boeck Université.
- Kpanake, L., & Mullet, E. (2010). *Judging the acceptability of amnesties*. *Conflict Resolution Quarterly*, in press.
- Kreuter, M.W., & Wray R.J. (2003). Tailored and Targeted Health Communication: Strategies for Enhancing Information Relevance. *American Journal of Health Behavior*, 27 (3), 227-232.

- Kuppin, S., & Carpiano, R.M. (2006). Public conceptions of serious mental illness and substance abuse, their causes and treatments: findings from the 1996 General Social Survey. *American Journal of Public Health*, 96, 1766-1771.
- Labrousse, A. (2004). *Géopolitique des drogues*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lahaie, E., Cadet-Taïrou, A., & Janssen, E. (2010). *Composition de l'héroïne et connaissance des usagers. Résultats de l'enquête SINTES Observation*. Saint Denis : Observatoire Français des drogues et Toxicomanies.
- Lambert, E., Ventura, E., Baker, D., & Jenkins, M. (2006). Drug views: Does race matter? *Journal of Ethnicity and Criminal Justice*, 4(1/2), 93-111.
- Lambropoulou, E. (2003). Drug Policy in Greece: A Balance between Enforcement and Persuasion. *European Journal of Crime, Criminal law and Criminal Justice*, 4 (1), 93-111.
- Lawton, J., Ahmad, N., Peel, E., Hallowell, N. (2007). Contextualising accounts of illness: notions of responsibility and blame in white and South Asian respondents' accounts of diabetes causation. *Sociology of Health and Illness*, 26, 891-906.
- Layeeque, R., Siegel, E., Kass, R., Henry-Tillman, R.S., Colvert, M., Mancino, A., Klimberg, V.S. (2006). Prevention of nausea and vomiting following breast surgery. *The American Journal of Surgery*, 191(6), 767-72.
- Le Faou, A.-L., & Scemama, O. (2005). Epidemiology of tobacco smoking. *Revue des Maladies Respiratoires*, 22, 6, 2, 27-32.
- Legleye, S., Spilka S., Le Nézet O., & Laffiteau, C. (2009). Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête Escapad 2008. Observatoire Français des drogues et Toxicomanies, *Tendance*, 66, 1-6.
- Legleye, S., Spilka, S., Le Nézet, O., Hassler, C., & Choquet, M. (2009). Alcool, Tabac et cannabis à 16 ans, Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESCAPAD 2007. Observatoire Français des drogues et Toxicomanies ; *Tendance*, 64, 1-6.
- Lenton, S. (2004). Pot, politics and press-reflections on cannabis law reform in Western Australian. *Drugs and Alcohol Review*, 23, 223-233.
- Leplat, J. (2003). *Questions autour de la notion de risque*. In Kouabenan, D.R., & Dubois, M. Les risques professionnels : évolutions des approches, nouvelles perspectives, Toulouse : Éditions Octarès.
- Leshner, A. I. (1997) Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 5335, 45-47.

- Levinson, M.H. (2003). An extensional approach to drug legalization. *ETC*, 60, 2, 125-137.
- Liberman, A., & Chaiken, S. (1992). Defensive Processing of Personally Relevant Health Message. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 669-679.
- Li, M.D. (2003). The genetics of smoking related behavior: A brief review. *American Journal of the Medical Sciences*, 326, 168–173.
- Linville, P.W., Fischer, G.W., & Fischhoff, B. (1993). *AIDS risk perceptions and decision biases*. In: Pryor, J.B. & Reeder, G.D., eds. *The Social Psychology of HIV Infection* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 35-38.
- Lopez, D., Martineau, H., & Palle, C. (2004). *Mortalité liée aux drogues illicites. Étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants*. Saint-Denis, OFDT.  
Document en ligne consulté le 24/01/2009 :  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/mort0704.htm>
- Lund, K.E., Tefre, E.M., Amundsen, A., & Nordlund, S. (2008). Cigarette smoking, use of snuff and other risk behaviour among students. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 28,128(16), 1808-1811.
- Lynskey, M. (2002). An alternative model is feasible, but the gateway hypothesis has not been invalidated. *Addiction*, 97, 1505–1507.
- MacCoun, R.J. (1993). Drugs and the law: a psychological analysis of drug prohibition. *Psychological Bulletin*, 113(3), 497-512.
- Maccoun, R.J. (2006). Competing accounts of the gateway effect: The field thins, but still no clear winner. *Addiction*, 101, 473-474. Discussion, 474-476.
- Manuila, L., Manuila A., & Nicoulin, M. (1991). *Dictionnaire médical*, Paris : Editions Masson.
- Martinet, Y., Bohadana, A., & Fagerström, K., (2006). Would alternate tobacco products use be better than smoking? *Lung Cancer*, 53, 1-4.
- McGeorge, J. & Aitken, C. K. (1997). Effects of Cannabis Decriminalization in the Australian Capital Territory on University Students' Pattern. *Journal of Drug Issues*, 29, 4, 785-793.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 13, 1689.
- McNeece, C.A. (2003). After the war of drugs is over: implications for social work education. *Journal of social work education*, 39, 2, 193-212.

- Meiri, E., Jhangiani, H., Vredenburg, J.J., Barbato, L.M., Carter, F.J., Yang, H.M., & Baranowski, V. (2007). Efficacy of dronabinol alone and in combination with ondansetron versus ondansetron alone for delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Current Medical Research & Opinion*, 23(3), 533-43.
- Ménard, C., Girard, D., Léon, C., & Beck F. (2008). *Baromètre santé environnement 2007*. Paris : Editions Inpes.
- Michel, G. (2001). *La prise de risque à l'adolescence. Pratiques sportives et usage de substances psycho actives*. Paris: Masson.
- Mikuriya, T. & Gieringer, D., & Rosenthal, E. (1998). *Du Cannabis pour se Soigner : Guide Pratique*. Paris : Edition l'Esprit Frappeur
- Miller, G.A. (1956). The magic number seven plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological review*, 63, 81-93.
- Millhorn, M., Monaghan, M., Montero, D., Reyes, M., Roman, T., Tollasken, R., & Walls, B. (2009). North Americans' Attitudes toward Illegal Drugs. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(2), 125-141.
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (2009). *Le tabac, s'informer*.  
Document en ligne consulté le 10/04/2009 :[http ://www.drogues.gouv.fr/tabac/](http://www.drogues.gouv.fr/tabac/).
- Morral, A.R., McCaffrey, D.F., & Paddock, S.M. (2002). Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*, 97, 1493–1504.
- Morse, S. J. (2004). Medicine and morals, craving and compulsion. *Substance Use and Misuse*, 39, 3, 437-460.
- Mullet, E., Ciudat, N., & Rivière Shafighi, S. (2004). Cognitive processes involved in the assessment of health hazards' severity. *Health, Risk and Society*, 6, 277-288.
- Muñoz Sastre M.T., Baqc, Y., Mullet E. & Sorum, P.C. (2002). Misconceptions regarding Hepatitis C in the French public. *Preventive medicine*, 34, 596-599.
- Muñoz Sastre, M. T., Pecarisi, C., Legrain, E., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2007). Acceptability in France of induced abortion for adolescents. *American Journal of Bioethics*, 7, 26-32.
- Muñoz Sastre, M.T., Monsirimen, S., Morin, G., Presutto, E., Séguéla, L., Vinel, J.P., Mullet, E. & Sorum, P.C. (2006). Change in French people's misconceptions about Hepatitis C, 1997-2003. *Preventive Medicine*, 42, 150-153.
- Muñoz Sastre, M.T., Mullet, E., & Sorum, P.C. (2000). Self-assessment of inebriation from external indices. *Addictive behaviors*, 25, 663-681.

- Muñoz Sastre, M.T., Mullet, E., & Sorum, P.C. (1999). Relationship between Cigarette Dose and Perceived Risk of Lung Cancer. *Preventive Medicine*, 28, 6, 566-571.
- Nahas, G. (1992). *Il n'y a pas de drogues douces*. Paris : Edition Buchet/Castel.
- Neto, F., Da Conceição Pinto, M., & Mullet, E. (2007). Intergroup Forgiveness: East Timorese and Angolan Perspectives. *Journal of Peace Research*, 44(6): 711-728
- Nicolaides-Bouman, A., Wald, N., Forey, B., & Lee, P. (1993). *International Smoking Statistics*. London: Wolfson Institut of Preventative Medicine.
- Norman, P., Bennett, P., & Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: An application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Education Research*, 13, 163-169.
- Novotna, A., Mare,s J., Ratcliffe, S., Novakova, I., Vachova, M., Zapletalova, O., Gasperini, C., Pozzilli, C., Cefaro, L., Comi, G., Rossi, P, Ambler, Z, Stelmasiak, Z, Erdmann, A, Montalban, X, Klimek, A, Davies, P. (2011). A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, enriched-design study of nabiximols\* (Sativex®) ), as add-on therapy, in subjects with refractory spasticity caused by multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 18(9), 1122-1131.
- Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (2010). *What evidence on the efficacy of universal prevention is presented here?*  
Document en ligne consulté le 04/01/2009:<http://www.emcdda.europa.eu>
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (1999), *Drogues et toxicomanies: indicateurs et tendances*. Paris : édition OFDT.  
Document en ligne, consulté le 21/01/2010 :  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/dd.htm>
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (2002,2005). *Drogues et dépendances, données essentielles*. Saint Denis : Editions la découverte.  
Document en ligne consulté le 29/08/2009 :  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/dd.htm>
- Organisation des Nations Unies (2010). *Communiqué de presse : Crime organisé : face à un phénomène global, l'ONU sonne l'alarme*. Service d'information des Nations Unis.
- Organisation Mondiale de la Santé (1948). *Constitution de l'OMS, Documents fondamentaux*. Genève : Actes officiels de l'OMS.

- Organisation Mondiale de la Santé (1993). *Classification Internationale des Maladie et des problèmes de santé connexes*, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), CIM-10/ICD 10. Paris : Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé (1999). *Glossaire de la promotion de la Santé*. Genève: OMS.  
Document en ligne consulté le 09/01/2011 : [www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)
- Padieu, R., Beauge, F., Choquet, M., Molinard, R., Parquet, P., & Stinus, L. (1997). *Dépendances et conduites de consommation*. INSERM.
- Parquet, P-J. (1998). *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives usage, usage nocif, dépendance*. Paris : INPES.
- Paschal, A.M., Lewis, R.K., & Sly, J. (2007). African American parents' behaviors and attitudes about substance use and abuse. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 6(1), 67-79.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Sawyer, S.M., & Lynskey, M. (2005). Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*, 100, 1518–1525.
- Pélicier, Y. & Thuillier, G. (1972). *La drogue*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pelletier, M. (1978). *Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de la drogue* (Rapport Pelletier). La Documentation française.
- Peretti-Watel, P., Seror, V., du Roscoät, E., Beck, F. (2009). La prévention en question: attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. *Evolution*, 18, 1-6.
- Peters, G. (1991) Psychotropes, « drogues » et société : les substances. *Psychotropes*, 6, (3), 9-15.
- Rada, P., Jensen, K., & Hoebbel, B.G. (2001). Effects of nicotine and mecamylamine-induced withdrawal on extracellular dopamine and acetylcholine in the rat nucleus accumbens. *Psychopharmacologia*, 157, 1, 105-110.
- Rekve, D., & Negru, L. (2005). *Politique de la Région européenne de l'OMS en matière d'alcool : situation actuelle et perspectives*. Copenhague, Budapest : Aide-mémoire EURO 2005.  
Document en ligne consulté le 09/09/2009 :  
<http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1005f.pdf>
- Reuter, P. (2009). Ten years after the United Nations General Assembly special session (UNGASS). *Assessing drug problem, policies and reform proposals addiction*, 104, 510-517.
- Rey, A. (2006). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Editions de Robert.

- Richard, D., Senon, J.-L., & Valleur, M. (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris : Larousse.
- Ries, J.-K. (1977). Public acceptance of the disease concept of alcoholism. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(3), 338-44.
- Roques, B. (1998). *La dangerosité des drogues : rapport au Secrétaire d'État à la Santé*. Paris : Odile Jacob.
- Rowley, C.K.; & Schneider, F. (2008). *Public Choice and Constitutional Political Economy*. New York : Springer.
- Satel, S. L. (1999). What should we expect from drug abusers? *Psychiatric Services*, 50, 7, 861.
- Sauger, N. (2010). The study of political parties and the party system in France. *French Politics*. 8, 1, 83-86.
- Schaap, M.M., Kunst, A.E., Leinsalu, M., Regidor, E., Ekholm, O., Helmert, U., Klumbiene, J., & Mackenbach, J.P. (2008). Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tobacco Control*, 17, 248–55.
- Schar, E., & Gutierrez, K. (2001). *Smoking Cessation Media Campaigns from Around the World: Recommendations from Lessons Learned*. CDC and WHO.  
Document en ligne consulté le 29/08/2011 :  
<http://www.euro.who.int/document/e74523.pdf>.
- Schar, E., Gutierrez, K., Murphy-Hoefer, R., & Nelson, D.E. (2006). *Tobacco Use Prevention Media Campaigns: Lessons Learned from Youth in Nine Countries*. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.  
Document en ligne consulté le 29/08/2009 :  
[http://www.cdc.gov/tobacco/youth/00\\_pdfs/YouthMedia.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/youth/00_pdfs/YouthMedia.pdf).
- Schick, S. & Glantz, S. (2005). Philip Morris toxicological experiments with fresh side stream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tabacco Control*, 14, 396-404.
- Schomerus, G., Michael Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G. & Angermeyer M.C. (2010). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 0, 0, 1–8.
- Schultes, R. E., & Hofmann A. (1990). *Les plantes des dieux*. Paris : Les Éditions du Lézard.



- Siegel, M., (2001). Mass Media Antismoking Campaigns: A Powerful Tool for Health Promotion. *Annals of Internal Medicine*, 129, 128-132.
- Simeone, A., Hermand, D., & Mullet, E. (2001). Judging the probability to be infected through sexual contact. *Risk: health, safety and environment*, 12, 255-280.
- Slama, K. (2006). Background information for adopting a policy encouraging earmarked tobacco and alcohol taxes for the creation of health promotion foundations. *Global Health Promotion*, 13(1), 8-13.
- Slovic, E. (2000). *The perception of risk*. London: Earth scan Publications.
- Smith, M.Y., Kleber, H.D., Katz, N., Houck, L.K., & Sabo, A. (2008). Reducing opioid. Analgesic abuse: models for successful collaboration among government, industry and other key stakeholders. *Drug Alcohol Depend.* 1, 95(1-2), 177-181.
- Statistical Office of the European Union (2011). *Eurostat*.  
Document en ligne consulté le 29/11/2009 : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.
- Sterling E.E. (2003). What should we do about drugs? Manage the problem through legalization. *Vital speech of the day*, 13, 626-632.
- Teisseyre, N., Duarte dos Reis, I., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2009). The acceptability among French lay persons of ending the lives of damaged newborns. *Journal of Medical Ethics*, 35, 701-708.
- Teisseyre, N., Mullet, E., Sorum, P. (2005). Under what conditions is euthanasia acceptable to lay people and health professionals? *Social Sciences and Medicine*, 60, 357-368.
- The Institute for Global Tobacco Control (2006). *Overview of Evidence-Based Recommendations Based on Lessons Learned from International Literature Review and Unpublished Data Synthesis*. Global Dialogue for Effective Stop Smoking Campaigns, 2006.  
Document en ligne consulté le 17/07/2009 :  
[http:// www.stopsmokingcampaigns.org/uploads/OverviewofEvidence.pdf](http://www.stopsmokingcampaigns.org/uploads/OverviewofEvidence.pdf)
- Tiberj, V. (2012). La politique des deux axes : variables sociologiques, valeurs et votes en France (1988-2007), *Revue Française de Sciences Politiques*, 62, 1.71-108.
- Timberlake, J.M., Lock, E.D., & Rasinski, K.A. (2003). How Should We Wage the War on Drugs? Determinants of Public Preferences for Drug Control Alternatives. *Policy Studies Journal*, 31, 71-88.
- Timberlake, J.M., Rasinski, K.A., & Lock, E.D. (2001). Effects of Conservative Sociopolitical Attitudes on Public Support for Drug Rehabilitation Spending. *Social science Quarterly*, 82, 184-196.

- Tong, E.K., England, L., & Glantz, S.A., (2005). Changing conclusions on secondhand smoke in a sudden infant death syndrome review funded by the tobacco industry. *Pediatrics*, 115(3), 356-366.
- Treoloar, C., & Fraser, S. (2007). Public opinion of needle and syringe programs: Avoiding assumptions for policy and practice. *Drug and alcohol review*, 26, 355-361.
- Trevino, R.A., & Richzrd, A.J. (2002). Attitudes towards drugs legalization among drug users. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 28(1), 91-108.
- Tual, S., Piau, J.P, Jarvis, M., Dautzenberg, B., & Annesi-Maesano, I. (2010). Impact of tobacco control policies on exhaled carbon monoxide in non-smokers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 554-556.
- Uchtehagen, A. (2009). Heroin-assisted treatment in Switzerland: A case study in policy change. *Addiction*, 105, 29-37.
- United Nations: Office on drugs and crime (2012). *World drug report*. Vienna: United Nations Publications.
- Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., & van den Brink, W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *European Addiction Research*, 16, 202–207
- Van Caloen, B. (2004). Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétaire de l'usage de drogues. *Drogues, santé et société*, 3, 1, 69-86.
- Vartuaunen, E., Paavola, M., McAlister, A., & Puska, P. (1998). Fifteen-Year Follow-Up of Smoking Prevention Effects in the North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health*, 88, 81-85.
- Velter, A., & Guilbert, P. (1999). Data on smoking, smoking-related risks, and anticipated benefits of smoking cessation. *Semaine des hôpitaux de Paris*, 75, 13-14, 369-383.
- Viveros, M.P., Marco, E.M., & File, S.E. (2006). Nicotine and cannabinoids: Parallels, contrasts and interactions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30, 1161–1181.
- Von Bothmer, M., & Fridlund, B. (2001). Promoting a tobacco-free generation: who is responsible for what? *Journal of Clinical Nursing*, 10, 6, 784–792.
- Wade, D.T., Makela, P.M., House, H., Bateman, C., & Robson, P. (2006). Long-term use of a cannabis-based medicine in the treatment of spasticity and other symptoms in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 12(5), 639-45.

- Wagner, F.A., Velasco-Mondragon, H.E., Herrera-Vazquez, M., Borges, G., & Lazcano-Ponce, E. (2005). Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the state of Morelos, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 93–96.
- Wakefield, M., Germain, D., & Durkin, S. (2008) How does increasingly plainer cigarette packaging influence adult smokers' perceptions about brand image? An experimental study. *Tobacco Control*, 17, 416-421.
- Weinacht, P.L. (1999). Basic principles and justification of drug policy. *Gesundheitswesen*, 61(10), 455-463.
- Wiley, J. (2011). Harm-reduction approaches not as effective for HVV as for HIV. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly*, 7, 1.
- Wirth, N., Spinoso A., Bohadana A., & Martinet, Y. (2007). Différentes formes du tabagisme : toutes aussi nocives que la cigarette. *Revue de Pratique Médicale Générale*, 21, 79-82.
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Document en ligne consulté le 05/12/2008 : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- World Health Organization (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health Third International Conference on Health Promotion*, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991. Document en ligne consulté le 05/12/2008 : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index.html>
- World Health Organization (1995). *Terminology for the European Conference on Health, Society and Alcohol: A glossary with equivalents in French, German and Russian*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1997). *Fourth International Conference on Health Promotion New players for a new era – leading health promotion into the 21<sup>st</sup> century*. Jakarta
- World Health Organization (2000). *The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap* 5-9<sup>th</sup> June 2000, Mexico City Document en ligne consulté le 05/12/2011: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf).
- World Health Organization (2005); *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Bangkok, Thailand, 1-6.
- World Health Organization (2008). *Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys*. *PLOS Medicine*, 5, 7, 1-15.

- Yacoubian, G. S. (2001). Beyond the theoretical rhetoric: A proposal to study the consequences of drug legalization. *Journal of Drug Education*, 31, 319-328.
- Yuet, W., & Cheung, Y.W. (2012). Substance abuse and developments in harm reduction. *Canadian Medical Association Journal*, 162 (12), 1697-1700.
- Zajicek, J., Fox, P., Sanders, H., Wright, D., Vickery, J., Nunn, A., Thompson, A., (2003). On behalf of the UK MS Research Group. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomized placebo-controlled trial. *The Lancet*, 362(9385), 1517-1526.
- Zajicek, J.P., Sanders, H.P., Wright, D.E., Vickery, P.J., Ingram, W.M., Reilly, S.M., Nunn, A.J., Teare, L.J., Fox, P.J., & Thompson, A.J (2005). Cannabinoids in multiple sclerosis (CAMS) study: safety and efficacy data for 12 months follow up. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 76(12):1664-1669.
- Zelvin, E., Barber, J., Coleman, B., & Guy, P. (2002). Legalization of drugs: perspectives from the United States, United Kingdom and Australia. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2002, 2, (3/4), 137-144
- Zutt, M., Hanssle, H., Emmert, S., Neumann, C., & Kretschmer, L. (2006). Dronabinol for supportive therapy in patients with malignant melanoma and liver metastases. *Hautarzt*, 57(5), 423-427

# ANNEXES

---



## ANNEXES PREMIERE ETUDE

### Annexe 1 : Scenarios

La Rénanie est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Rénanie comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
avertir des dangers associés à la consommation des drogues.  
L'Etat a décidé de fermer les yeux sur ces deux marchés.  
Les drogues se vendent clandestinement. Du fait de la tolérance de l'Etat, leur prix  
certes est élevé mais non prohibitif. La qualité des produits est vraiment très variable et  
de nombreux accidents mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Kulistan est une petite république de 10 millions d'habitants  
Au Kulistan comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
avertir des dangers associés à la consommation des drogues.  
L'Etat a décidé d'interdire totalement la vente des drogues dures et de poursuivre les  
trafiquants.  
Pour les drogues douces, l'Etat a décidé de fermer les yeux.  
Les drogues dures se vendent néanmoins clandestinement. Leur prix est prohibitif et les  
profits associés génèrent un niveau élevé corruptions (au sein même de l'Etat, on parle  
de pourrissement des institutions) et un taux d'homicides élevé.  
Les drogues douces se vendent également clandestinement. Du fait de la tolérance de  
l'Etat, leur prix certes est élevé mais non prohibitif.  
La qualité de tous produits est vraiment très variable et de nombreux accidents mortels  
(overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Brie est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Brie comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure pour  
des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
avertir des dangers associés à la consommation des drogues.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues dures et d'en assurer la  
production et la distribution. Pour les drogues douces, l'Etat a décidé de fermer les  
yeux.

Les drogues dures se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.

Les drogues douces se vendent clandestinement par contre. Du fait de la tolérance de  
l'Etat, leur prix est certes élevé mais non prohibitif.

La qualité des drogues dures est garantie. La qualité des drogues douces est vraiment  
très variable et des accidents (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Nerhal est une petite république de 10 millions d'habitants  
Au Nerhal comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
pour des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
avertir des dangers associés à la consommation des drogues.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente de toutes les drogues et d'en assurer  
la production et la distribution. Les drogues se vendent correctement emballées, au  
dosage exact, dans des magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non  
prohibitif, au point que les trafiquants ont dû abandonner le marché global de la drogue.

La qualité des drogues est garantie. Par conséquent, peu d'accidents (overdoses) sont  
enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable



La Walousie est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Walousie comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
pour des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
avertir des dangers associés à la consommation des drogues.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues douces et d'en assurer la  
production et la distribution. Pour les drogues dures, l'Etat a décidé de fermer les yeux.

Les drogues douces se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.

Les drogues dures se vendent clandestinement par contre. Du fait de la tolérance de  
l'Etat, leur prix est certes élevé mais non prohibitif.

La qualité des drogues douces est garantie. La qualité des drogues dures est vraiment  
très variable et des accidents nombreux (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Tampie est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Tampie comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
pour des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
avertir des dangers associés à la consommation des drogues.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues douces et d'en assurer la  
production et la distribution. Pour les drogues dures, l'Etat a décidé d'en interdire

totalement la vente et de poursuivre les trafiquants.

Les drogues douces se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.

Les drogues dures se vendent clandestinement par contre. Leur prix est prohibitif et les  
profits associés génèrent un niveau élevé de corruptions (au sein même de l'Etat, on parle  
de pourrissement des institutions) et un taux d'homicides élevé.

La qualité des drogues douces est garantie. La qualité des drogues dures est vraiment  
très variable et des accidents nombreux (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Famose est une petite république de 10 millions d'habitants  
 Au Famose comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
 pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
 avertir des dangers associés à la consommation des drogues.  
 L'Etat a décidé d'interdire totalement la vente de toutes les drogues et de poursuivre les  
 trafiquants.  
 Les drogues se vendent néanmoins clandestinement. Leur prix est prohibitif et les  
 profits associés génèrent un niveau élevé corruptions (au sein même de l'Etat, on parle  
 de pourrissement des institutions) et un taux d'homicides élevé.  
 La qualité de tous produits est vraiment très variable et de très nombreux accidents  
 mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Gralon est une petite république de 10 millions d'habitants  
 Au Gralon comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour des  
 drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
 avertir des dangers associés à la consommation des drogues.  
 L'Etat a décidé de fermer les yeux sur ces deux marchés.  
 Les drogues se vendent clandestinement. Du fait de la tolérance de l'Etat, leur prix  
 certes est élevé mais non prohibitif. La qualité des produits est vraiment très variable et  
 de nombreux accidents mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Transpanie est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Transpanie comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour avertir des dangers associés à la consommation des drogues.

L'Etat a décidé d'interdire totalement la vente des drogues dures et de poursuivre les trafiquants.

Pour les drogues douces, l'Etat a décidé de fermer les yeux.

Les drogues dures se vendent néanmoins clandestinement. Leur prix est prohibitif et les profits associés génèrent un certain niveau de corruption (au sein même de l'Etat) et un niveau d'homicides qui demeure heureusement modéré.

Les drogues douces se vendent également clandestinement. Du fait de la tolérance de l'Etat, leur prix certes est élevé mais non prohibitif.

La qualité de tous produits est vraiment très variable et de nombreux accidents mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Pille est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Pille comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour avertir des dangers associés à la consommation des drogues.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues dures et d'en assurer la production et la distribution. Pour les drogues douces, l'Etat a décidé de fermer les yeux.

Les drogues dures se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.

Les drogues douces se vendent clandestinement par contre. Du fait de la tolérance de l'Etat, leur prix est certes élevé mais non prohibitif.

La qualité des drogues dures est garantie. La qualité des drogues douces est vraiment très variable et des accidents (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Sous-Estral est une petite république de 10 millions d'habitants  
Au Sous-Estral comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure  
pour des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
avertir des dangers associés à la consommation des drogues.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente de toutes les drogues et d'en assurer  
la production et la distribution. Les drogues se vendent correctement emballées, au  
dosage exact, dans des magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non  
prohibitif, au point que les trafiquants ont dû abandonner le marché global de la drogue.  
La qualité des drogues est garantie. Par conséquent, peu d'accidents (overdoses) sont  
enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

L'Astonel est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Astonel comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour  
des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour  
avertir des dangers associés à la consommation des drogues.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues douces et d'en assurer la  
production et la distribution. Pour les drogues dures, l'Etat a décidé de fermer les yeux.  
Les drogues douces se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.

Les drogues dures se vendent clandestinement par contre. Du fait de la tolérance de  
l'Etat, leur prix est certes élevé mais non prohibitif.

La qualité des drogues douces est garantie. La qualité des drogues dures est vraiment  
très variable et des accidents nombreux (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

L'Antanie est une petite république de 10 millions d'habitants  
 En Antanie comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour avertir des dangers associés à la consommation des drogues.  
 L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues douces et d'en assurer la production et la distribution. Pour les drogues dures, l'Etat a décidé d'en interdire totalement la vente et de poursuivre les trafiquants.  
 Les drogues douces se vendent correctement empaquetées, au dosage exact, dans des magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.  
 Les drogues dures se vendent clandestinement par contre. Leur prix est prohibitif et les profits associés génèrent un certain niveau de corruption (au sein même de l'Etat) et un niveau d'homicides qui demeure heureusement modéré.  
 La qualité des drogues douces est garantie. La qualité des drogues dures est vraiment très variable et des accidents nombreux (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Centre Baste est une petite république de 10 millions d'habitants  
 Au Centre Baste comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat n'a, jusqu'à présent, pas réellement mené de campagne d'information pour avertir des dangers associés à la consommation des drogues.  
 L'Etat a décidé d'interdire totalement la vente de toutes les drogues et de poursuivre les trafiquants.  
 Les drogues se vendent néanmoins clandestinement. Leur prix est prohibitif et les profits associés génèrent un certain niveau de corruption (au sein même de l'Etat) et un niveau d'homicides qui demeure heureusement modéré.  
 La qualité de tous ces produits est vraiment très variable et de très nombreux accidents mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Freshal est une petite république de 10 millions d'habitants  
 Au Freshal comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
 pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.

L'Etat a décidé de fermer les yeux sur ces deux marchés.  
 Les drogues se vendent clandestinement. Du fait de la tolérance de l'Etat, leur prix  
 certes est élevé mais non prohibitif. La qualité des produits est vraiment très variable et  
 de nombreux accidents mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Tamibie est une petite république de 10 millions d'habitants  
 En Tamibie comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
 pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.

L'Etat a décidé d'interdire totalement la vente des drogues dures et de poursuivre les  
 trafiquants.

Pour les drogues douces, l'Etat a décidé de fermer les yeux.  
 Les drogues dures se vendent néanmoins clandestinement. Leur prix est prohibitif et les  
 profits associés génèrent un niveau élevé corruptions (au sein même de l'Etat, on parle  
 de pourrissement des institutions) et un taux d'homicides élevé.

Les drogues douces se vendent également clandestinement. Du fait de la tolérance de  
 l'Etat, leur prix certes est élevé mais non prohibitif.  
 La qualité de tous produits est vraiment très variable et de nombreux accidents mortels  
 (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Zaus est une petite république de 10 millions d'habitants  
 Au Zaus comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure pour  
 des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.  
 L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues dures et d'en assurer la  
 production et la distribution. Pour les drogues douces, l'Etat a décidé de fermer les  
 yeux.  
 Les drogues dures se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
 magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
 que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.  
 Les drogues douces se vendent clandestinement par contre. Du fait de la tolérance de  
 l'Etat, leur prix est certes élevé mais non prohibitif.  
 La qualité des drogues dures est garantie. La qualité des drogues douces est vraiment  
 très variable et des accidents (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Fondo est une petite république de 10 millions d'habitants  
 Au Fondo comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
 pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.  
 L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente de toutes les drogues et d'en assurer  
 la production et la distribution. Les drogues se vendent correctement emballées, au  
 dosage exact, dans des magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non  
 prohibitif, au point que les trafiquants ont dû abandonner le marché global de la drogue.  
 La qualité des drogues est garantie. Par conséquent, peu d'accidents (overdoses) sont  
 enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Glaniterre est une petite république de 10 millions d'habitants  
 En Glaniterre comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
 pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.  
 L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues douces et d'en assurer la  
 production et la distribution. Pour les drogues dures, l'Etat a décidé de fermer les yeux.  
 Les drogues douces se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
 magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
 que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.  
 Les drogues dures se vendent clandestinement par contre. Du fait de la tolérance de  
 l'Etat, leur prix est certes élevé mais non prohibitif.  
 La qualité des drogues douces est garantie. La qualité des drogues dures est vraiment  
 très variable et des accidents nombreux (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

L'Aufpalie est une petite république de 10 millions d'habitants  
 En Aufpalie comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
 pour des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.  
 L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues douces et d'en assurer la  
 production et la distribution. Pour les drogues dures, l'Etat a décidé d'en interdire  
 totalement la vente et de poursuivre les trafiquants.  
 Les drogues douces se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
 magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
 que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.  
 Les drogues dures se vendent clandestinement par contre. Leur prix est prohibitif et les  
 profits associés génèrent un niveau élevé de corruptions (au sein même de l'Etat, on parle  
 de pourrissement des institutions) et un taux d'homicides élevé.  
 La qualité des drogues douces est garantie. La qualité des drogues dures est vraiment  
 très variable et des accidents nombreux (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable



Le New Town est une petite république de 10 millions d'habitants  
Au New Town comme dans les pays voisins, il y a une très très forte demande intérieure  
pour des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
institutions.

L'Etat a décidé d'interdire totalement la vente de toutes les drogues et de poursuivre les  
trafiquants.

Les drogues se vendent néanmoins clandestinement. Leur prix est prohibitif et les  
profits associés génèrent un niveau élevé corruptions (au sein même de l'Etat, on parle  
de pourrissement des institutions) et un taux d'homicides élevé.

La qualité de tous produits est vraiment très variable et de très nombreux accidents  
mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Tente est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Tente comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour des  
drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
institutions.

L'Etat a décidé de fermer les yeux sur ces deux marchés.

Les drogues se vendent clandestinement. Du fait de la tolérance de l'Etat, leur prix  
certes est élevé mais non prohibitif. La qualité des produits est vraiment très variable et  
de nombreux accidents mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Boulnavie est une petite république de 10 millions d'habitants  
 En Boulnavie comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour  
 des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.  
 L'Etat a décidé d'interdire totalement la vente des drogues dures et de poursuivre les  
 trafiquants.  
 Pour les drogues douces, l'Etat a décidé de fermer les yeux.  
 Les drogues dures se vendent néanmoins clandestinement. Leur prix est prohibitif et les  
 profits associés génèrent un certain niveau de corruption (au sein même de l'Etat) et un  
 niveau d'homicides qui demeure heureusement modéré.  
 Les drogues douces se vendent également clandestinement. Du fait de la tolérance de  
 l'Etat, leur prix certes est élevé mais non prohibitif.  
 La qualité de tous produits est vraiment très variable et de nombreux accidents mortels  
 (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

L'Afrivala est une petite république de 10 millions d'habitants  
 En Afrivala comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour  
 des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.  
 L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues dures et d'en assurer la  
 production et la distribution. Pour les drogues douces, l'Etat a décidé de fermer les  
 yeux.  
 Les drogues dures se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
 magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
 que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.  
 Les drogues douces se vendent clandestinement par contre. Du fait de la tolérance de  
 l'Etat, leur prix est certes élevé mais non prohibitif.  
 La qualité des drogues dures est garantie. La qualité des drogues douces est vraiment  
 très variable et des accidents (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

Le Gouxique est une petite république de 10 millions d'habitants  
Au Gouxique comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour  
des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
institutions.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente de toutes les drogues et d'en assurer  
la production et la distribution. Les drogues se vendent correctement emballées, au  
dosage exact, dans des magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non  
prohibitif, au point que les trafiquants ont dû abandonner le marché global de la drogue.

La qualité des drogues est garantie. Par conséquent, peu d'accidents (overdoses) sont  
enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Velentine est une petite république de 10 millions d'habitants  
En Velentine comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour  
des drogues douces et pour des drogues dures.

L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
institutions.

L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues douces et d'en assurer la  
production et la distribution. Pour les drogues dures, l'Etat a décidé de fermer les yeux.  
Les drogues douces se vendent correctement emballées, au dosage exact, dans des  
magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.

Les drogues dures se vendent clandestinement par contre. Du fait de la tolérance de  
l'Etat, leur prix est certes élevé mais non prohibitif.

La qualité des drogues douces est garantie. La qualité des drogues dures est vraiment  
très variable et des accidents nombreux (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Frezil est une petite république de 10 millions d'habitants  
 Au Frezil comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour des  
 drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.  
 L'Etat a décidé de réglementer totalement la vente des drogues douces et d'en assurer la  
 production et la distribution. Pour les drogues dures, l'Etat a décidé d'en interdire  
 totalement la vente et de poursuivre les trafiquants.  
 Les drogues douces se vendent correctement empaquetées, au dosage exact, dans des  
 magasins contrôlés par l'Etat. Leur prix est certes élevé mais non prohibitif, au point  
 que les trafiquants ont dû abandonner ce marché.  
 Les drogues dures se vendent clandestinement par contre. Leur prix est prohibitif et les  
 profits associés génèrent un certain niveau de corruption (au sein même de l'Etat) et un  
 niveau d'homicides qui demeure heureusement modéré.  
 La qualité des drogues douces est garantie. La qualité des drogues dures est vraiment  
 très variable et des accidents nombreux (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

La Jinndiana est une petite république de 10 millions d'habitants  
 Au Jinndiana comme dans les pays voisins, il y a une certaine demande intérieure pour  
 des drogues douces et pour des drogues dures.  
 L'Etat a, à de nombreuses reprises, mené des campagnes d'information pour avertir des  
 dangers associés à la consommation des drogues. L'enseignement des dangers des  
 drogues est rendu obligatoire dans tous les établissements scolaires et toutes les  
 institutions.  
 L'Etat a décidé d'interdire totalement la vente de toutes les drogues et de poursuivre les  
 trafiquants.  
 Les drogues se vendent néanmoins clandestinement. Leur prix est prohibitif et les  
 profits associés génèrent un certain niveau de corruption (au sein même de l'Etat) et un  
 niveau d'homicides qui demeure heureusement modéré.  
 La qualité de tous ces produits est vraiment très variable et de très nombreux accidents  
 mortels (overdoses accidentelles) sont enregistrés.

*Dans quelle mesure pensez-vous que, dans ces circonstances, la position de l'Etat soit  
 politiquement acceptable ?*

Pas du tout acceptable o---o---o---o---o---o---o---o---o---o Tout à fait acceptable

## Annexe 2 : Fiche de renseignements

**NE PORTEZ PAS VOTRE NOM SUR CETTE FEUILLE  
CE QUESTIONNAIRE DOIT RESTER STRICTEMENT ANONYME.**

**Veillez indiquer, s'il vous plaît :**

Votre âge :

Votre sexe :

Votre diplôme le plus élevé :

Votre orientation politique (entourez):

Plutôt à Gauche, Plutôt au Centre, Plutôt à Droite

Votre situation familiale (entourez) :

Célibataire, Marié/union libre, Divorcé, Veuf/veuve

Votre profession de manière précise : \_\_\_\_\_

Votre catégorie professionnelle : (entourez)

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure, profession libérale
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier et ouvrier agricole
- Retraité
- Etudiant (précisez le domaine : \_\_\_\_\_)
- Chômeur
- Mère/Homme au foyer

**Consommez-vous les substances suivantes et de quelle façon selon vous ?**

tabac : oui / non

si oui, de façon modérée / immodérée ?

alcool : oui / non

si oui, de façon modérée / immodérée ?

substances illicites : oui / non

si oui, de façon modérée / immodérée ?

Si oui, la/lesquelles ?

### Annexe 3 : Consentement éclairé

Je, soussigné \_\_\_\_\_ déclare :  
Que Mme Julie Camus m'a proposé de participer à une étude de psychologie sans finalité  
thérapeutique intitulée :

#### **Acceptabilité de la position politique de l'Etat face au problème des drogues**

- Qu'elle m'a fait connaître son objectif, sa méthode et l'absence de bénéfices directs.
- Qu'elle m'a remis un exemplaire de l'accord de participation (ci-dessous)

- J'ai pris connaissance de mes droits :

droit de refuser de participer, ou en cas d'accord, de retirer mon consentement à tout moment  
sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquences pour moi ;  
possibilité d'obtenir des informations supplémentaires sur cette étude à tout moment ;  
garantie de mon anonymat et du secret professionnel

Connaissant mes droits,

J'accepte en toute connaissance de cause de participer à cette étude.

J'accepte que les données issues des questionnaires me concernant soient analysées.

Fait à

Le  
Signature

#### **Accord de participation (Exemplaire participant)**

Je, soussigné \_\_\_\_\_ déclare :  
Que Mme Julie Camus m'a proposé de participer à une étude de psychologie sans finalité  
thérapeutique intitulée :

#### **Acceptabilité de la position politique de l'Etat face au problème des drogues**

- Qu'elle m'a fait connaître son objectif, sa méthode et l'absence de bénéfices directs.
- J'ai pris connaissance de mes droits :

droit de refuser de participer, ou en cas d'accord, de retirer mon consentement à tout moment  
sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquences pour moi ;  
possibilité d'obtenir des informations supplémentaires sur cette étude à tout moment ;  
garantie de mon anonymat et du secret professionnel

Connaissant mes droits,

J'accepte en toute connaissance de cause de participer à cette étude.

J'accepte que les données issues des questionnaires me concernant soient analysées.

Fait à

Le  
Signature

#### Annexe 4 : Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA

*I= Information du public, D= Demande intérieure, P= Politique de l'Etat*

	Effets		Erreur		F	niveau p
	dl	MC	dl	MC		
Information (I)	1	2442,880	220	6,375	383,183	.001
Demande int (D)	1	35,698	220	2,374	15,036	.001
Politique (P)	6	896,867	1320	9,419	95,215	.001
I x D	1	1,681	220	1,755	0,958	ns
I x P	6	24,395	1320	2,077	11,743	.001
D x P	6	4,866	1320	1,734	2,806	ns
I x P x D	6	2,559	1320	1,698	1,507	ns

Annexe 5: Degré d'acceptabilité en fonction du facteur  
« Information du public »

$F(1,220)=383,18; p<0,0001$

	Acceptabilité moyenne
Pas de campagnes	2,410
Campagnes	3,667

Annexe 6 : Degré d'acceptabilité en fonction du facteur  
« Demande intérieure »

$F(1,220)=15,04; p<,0001$

	Acceptabilité moyenne
Une certaine demande	2,963
Très forte demande	3,115

Annexe 7: Degré d'acceptabilité en fonction du facteur  
« Politique de l'Etat »

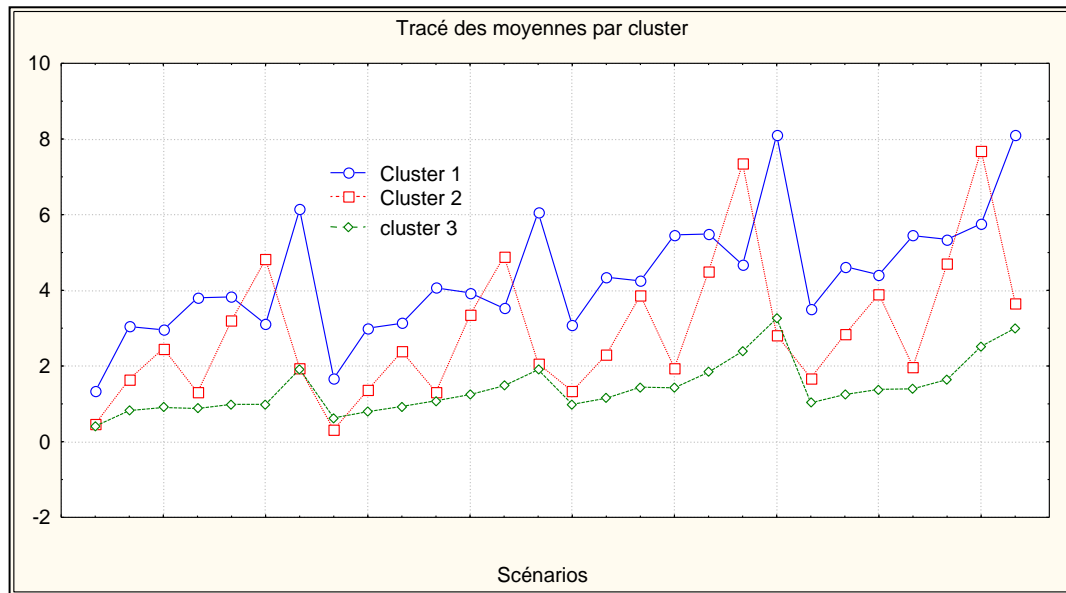
$F(6,1320)=95,22;p<0,0001$

*D= Drogues dures, d= drogues douces*

	Acceptabilité moyenne
« Laissez-faire » : Ferme des yeux sur d et D	1,480
Réglemente d et ferme les yeux D	2,416
Ferme les yeux sur d et Interdit D	2,728
Ferme les yeux sur d et réglemente D	2,768
Réglemente d et Interdit D	3,402
Interdite d et D	4,018
Réglemente d et réglemente D	4,457



## Annexe 8 : Tracé des moyennes pour une solution en trois clusters



## Annexe 9 : Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA incluant le facteur « Cluster »

*C= Cluster, I= Information du public, D= Demande intérieure, P= Politique de l'Etat*

Facteurs	Effets		Erreur		F	niveau p
	dl	MC	dl	MC		
Cluster (C)	2	4947,099	218	23,976	206,335	.001
Information (I)	1	2236,308	218	5,212	429,076	.001
Demande int (D)	1	31,709	218	2,371	13,376	.001
Politique (P)	6	864,900	1308	6,380	135,559	.001
C x I	2	133,175	218	5,212	25,552	.001
C x D	2	2,752	218	2,371	1,161	ns
I x D	1	2,379	218	1,704	1,396	ns
C x P	12	340,681	1308	6,380	53,396	.001
I x P	6	27,284	1308	2,040	13,375	.001
D x P	6	3,583	1308	1,725	2,076	ns
C x I x D	2	7,310	218	1,704	4,291	ns
C x I x P	12	6,170	1308	2,040	3,025	.001
C x D x P	12	2,674	1308	1,725	1,550	ns
I x D x P	6	2,441	1308	1,705	1,432	ns
C x I x D x P	12	1,022	1308	1,705	0,600	ns

**Annexe 10: Synthèse de tous les effets pour les ANOVA  
conduites séparément sur les clusters**

*I= Information du public, D= Demande intérieure, P= Politique de l'Etat*

Facteur	Effets		F	p	Eta <sup>2</sup> <sub>p</sub>
	df	MS			
Cluster des « Radicaux » (N=73)					
Information (I)	1	229.19	58.22	.001	.45
Demande (D)	1	2.68	2.53	ns	.03
Politiques (P)	6	102.06	23.97	.001	.26
I x D	1	3.98	4.59	ns	.06
I x P	6	9.36	6.52	.001	.08
D x P	6	1.29	1.51	ns	.02
I x D x P	6	0.41	0.46	ns	.01
Cluster des « Prohibitionnistes » (N=60)					
Information (I)	1	736.97	123.59	.001	.68
Demande (D)	1	9.17	4.30	ns	.07
Politiques (P)	6	714.55	101.13	.001	.64
I x D	1	11.06	5.51	ns	.09
I x P	6	21.19	10.11	.001	.15
D x P	6	1.94	0.88	ns	.02
I x D x P	6	1.66	0.78	ns	.01
Cluster des « Régulationnistes » (N=92)					
Information (I)	1	1 743.07	304.60	.001	.77
Demande (D)	1	29.36	8.31	.001	.09
Politiques (P)	6	761.61	100.42	.001	.52
I x D	1	1.26	0.58	ns	.01
I x P	6	6.19	2.51	ns	.03
D x P	6	6.98	3.34	ns	.04
I x D x P	6	2.54	1.22	ns	.01

**Annexe 11 : Caractéristiques démographiques  
de la population d'étude pour les clusters**

n(%)

Facteurs	Modalités	Total	Clusters		
			Radicaux	Prohibitionnistes	Régulationnistes
Sexe	<i>Femmes</i>	<b>133 (59)</b>	47 (64)	35 (58)	51 (55)
	<i>Hommes</i>	<b>92 (41)</b>	26 (36)	25 (42)	41 (45)
Niveau d'études	<i>&lt; Bac</i>	<b>73 (33)</b>	23 (32)	19 (32)	31 (34)
	<i>&lt; ou =Bac +3</i>	<b>77 (34)</b>	29 (40)	18 (30)	30 (33)
	<i>&gt;Bac +3</i>	<b>75 (33)</b>	21 (29)	23 (38)	31 (34)
Orientation politique	<i>A gauche</i>	<b>38 (31)</b>	10 (27)	10 (24)	18 (39)
	<i>Au centre</i>	<b>34 (27)</b>	12 (32)	12 (29)	10 (22)
	<i>A droite</i>	<b>52 (42)</b>	15 (41)	19 (46)	18 (39)
Croyance religieuse	<i>Non croyants</i>	<b>55 (54)</b>	21 (58)	10 (53)	24 (52)
	<i>croyants</i>	<b>36 (36)</b>	12 (33)	7 (37)	17 (37)
	<i>Pratiquants</i>	<b>10 (10)</b>	3 (8)	2 (11)	5 (11)
Consommation Alcool	<i>non</i>	<b>31 (14)</b>	10 (14)	7 (12)	14 (15)
	<i>modérée</i>	<b>162 (72)</b>	47 (64)	47 (78)	68 (74)
	<i>immodérée</i>	<b>32 (14)</b>	16 (22)	6 (10)	10 (11)
Consommation tabac	<i>non</i>	<b>65 (29)</b>	24 (33)	19 (32)	22 (24)
	<i>modérée</i>	<b>115 (51)</b>	38 (52)	25 (42)	52(57)
	<i>immodérée</i>	<b>45 (20)</b>	11 (15)	16 (27)	18 (20)
Consommation drogues	<i>non</i>	<b>193 (86)</b>	63 (86)	54 (90)	76 (83)
	<i>oui</i>	<b>32 (14)</b>	10 (14)	6 (10)	16 (17)
	<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>73 (32)</b>	<b>60 (27)</b>	<b>92 (41)</b>

## ANNEXES SECONDE ETUDE

### Annexe 12 : Scenarios

Madame Calmont souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Calmont. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité. L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Calmont ne consommait ces substances que de façon modérée.  
Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Calmont ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Bouny souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Bouny. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité. L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Bouny ne consommait ces substances que de façon modérée.  
Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Bouny ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Courtel souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Courtel. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité. L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Courtel, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.  
Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Courtel ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Varlet souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Varlet. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité. L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Varlet, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Varlet ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Pinel souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Pinel. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité. L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières. Madame Pinel, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Pinel ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Caron souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Caron. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité. L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Caron consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Caron ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Santerre souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Santerre. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Santerre consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Santerre ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Paulay souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Paulay. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Paulay, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Paulay ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Jean souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Jean. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Jean, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Jean ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Courtois souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Courtois. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières. Madame Courtois, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Courtois ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Husar souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Husar. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Husar ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Husar ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Naizin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Naizin. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Naizin ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Naizin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Vassel souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Vassel. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Vassel, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Vassel ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Lamblin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Lamblin. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Lamblin, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Lamblin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Fabre souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Fabre. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Fabre, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Fabre ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**



Madame Aubry souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Aubry. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Aubry consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Aubry ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Bertin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Bertin. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Bertin consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Bertin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Gallo souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Gallo. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Gallo, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Gallo ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Villemin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Villemin. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Villemin, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Villemin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Pierre souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Pierre. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Pierre, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Pierre ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Leconte souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Leconte. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Leconte ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Leconte ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Perron souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Perron. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Perron ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Perron ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Bernard souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Bernard. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Bernard, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Bernard ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Paris souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Paris. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Paris, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Paris ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Dies souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Dies. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Dies, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Dies ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Le Maux souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Le Maux. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Le Maux consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Le Maux ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Robic souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Robic. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Robic consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Robic ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Guillard souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Guillard. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat. Madame Guillard, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Guillard ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Roule souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Roule. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Roule, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Roule ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Smith souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Smith. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Smith, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Smith ?

Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale

Madame Leluc souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Leluc. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Leluc ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Leluc ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Groseil souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Groseil. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Groseil ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Groseil ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Lelièvre souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Lelièvre. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Lelièvre, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Lelièvre ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Avril souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Avril. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Avril, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Avril ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Guyot souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Guyot. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Guyot, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Guyot ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Arnoul souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Arnoul. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Arnoul consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Arnoul ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Latinier souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Latinier. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Latinier consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Latinier ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Michel souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Michel. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Michel, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Michel ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Etienne souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Etienne. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Etienne, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Etienne ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**



Madame Bayon souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on soupçonne ces substances d'entraîner dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Bayon. Il n'y a cependant pas encore de preuves scientifiques absolues de leur nocivité.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières. Madame Bayon, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Bayon ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Yvoir souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Yvoir.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Yvoir ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Yvoir ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Cornic souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Cornic.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Cornic ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Cornic ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Nolier souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Nolier.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Nolier, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Nolier ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Rabineau souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Rabineau.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Rabineau, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Rabineau ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Guillemet souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Guillemet.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Guillemet, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Guillemet ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Nouvel souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Nouvel.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Nouvel consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Nouvel ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Le Port souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Le Port.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Le Port consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Le Port ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Moulin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Moulin.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Moulin, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Moulin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Bon souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Bon.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Bon, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Bon ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Lanier souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Lanier.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Lanier, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Lanier ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Foquin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Foquin.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Foquin ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Foquin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Lucas souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Lucas.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Lucas ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Lucas ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Join souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Join.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Join, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Join ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Bahier souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Bahier.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Bahier, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Bahier ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Duc souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Duc.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Duc, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Duc ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Jalle souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Jalle.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Jalle consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Jalle ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Desbois souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Desbois.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Desbois consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Desbois ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Janvier souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Janvier.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Janvier, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Janvier ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Alonso souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Alonso.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Alonso, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Alonso ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Moutier souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait plus de trente ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Moutier.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Moutier, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Moutier ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Bruzac souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Bruzac.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Bruzac ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Bruzac ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Gineste souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Gineste.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Gineste ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Gineste ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Levy souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Levy.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Levy, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Levy ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**



Madame Austin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Austin.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Austin, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Austin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Mahé souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Mahé.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Mahé, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Mahé ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Lami souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Lami.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Lami consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Lami ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Huet souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Huet.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Huet consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Huet ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Parisot souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Parisot.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Parisot, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Parisot ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Jourdin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Jourdin.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Jourdin, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Jourdin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Gillet souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent chez certaines personnes particulièrement susceptibles des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Gillet.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières. Madame Gillet, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Gillet ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Thomas souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Thomas.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Thomas ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Thomas ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Monfort souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Monfort.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Monfort ne consommait ces substances que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Monfort ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Passat souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Passat.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Passat, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Passat ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Gomez souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Gomez.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Gomez, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Gomez ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Cottin souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Cottin.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Cottin, informée de la nocivité de ces substances, ne les consommait que de façon modérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Cottin ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Gros souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Gros.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Gros consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Gros ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Valais souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Valais.

L'Etat n'a jusqu'à présent pas mené de campagne d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont en vente libre dans les magasins spécialisés.

Madame Valais consommait ces substances de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Valais ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Amie souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Amie.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances.

Ces substances restent cependant en vente libre et leur vente est monopole d'Etat.

Madame Amie, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Amie ?

**Aucune Responsabilité 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 Responsabilité Totale**

Madame Stern souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Stern.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Ces substances sont cependant restées en vente libre et on peut les trouver dans des magasins spécialisés.

Madame Stern, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Stern ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

Madame Loisel souffre d'une maladie grave dont on sait qu'elle va entraîner sa mort à brève échéance. Cette maladie apparaît liée à la consommation de certaines substances entraînant une dépendance.

Cela fait seulement cinq ans que l'on sait de façon scientifiquement prouvée que ces substances entraînent dans la population générale des troubles graves comme ceux dont souffre Madame Loisel.

L'Etat a mené plusieurs campagnes d'information sur la nocivité potentielle de ces substances. Il en a interdit la vente. On peut cependant se les procurer si l'on connaît les bonnes filières.

Madame Loisel, pourtant informée de la nocivité de ces substances, les consommait de façon immodérée.

Dans quelle mesure pensez-vous que l'Etat a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé à Madame Loisel ?

**Aucune Responsabilité** 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Responsabilité Totale**

### Annexe 13 : Fiche de renseignements

**NE PORTEZ PAS VOTRE NOM SUR CETTE FEUILLE  
CE QUESTIONNAIRE DOIT RESTER STRICTEMENT ANONYME.**

**Veillez indiquer, s'il vous plait :**

Votre âge :

Votre sexe :

Votre diplôme le plus élevé :

Votre orientation politique (entourez):

Plutôt à Gauche, Plutôt au Centre, Plutôt à Droite

Votre situation familiale (entourez) :

Célibataire, Marié/union libre, Divorcé, Veuf/veuve

Votre profession de manière précise : \_\_\_\_\_

Votre catégorie professionnelle : (entourez)

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure, profession libérale
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier et ouvrier agricole
- Retraité
- Etudiant (précisez le domaine : \_\_\_\_\_)
- Chômeur
- Mère/Homme au foyer

**Consommez-vous les substances suivantes et de quelle façon selon vous ?**

tabac : oui / non

si oui, de façon modérée / immodérée ?

alcool : oui / non

si oui, de façon modérée / immodérée ?

substances illicites : oui / non

si oui, de façon modérée / immodérée ?

Si oui, la/lesquelles ?

## Annexe 14. : Consentement éclairé

Je, soussigné \_\_\_\_\_ déclare :  
Que Mme Julie Camus m'a proposé de participer à une étude de psychologie sans finalité  
thérapeutique intitulée :

### **Responsabilité de l'Etat dans le cadre d'un décès lié à la consommation de substance**

- Qu'elle m'a fait connaître son objectif, sa méthode et l'absence de bénéfices directs.
- Qu'elle m'a remis un exemplaire de l'accord de participation (ci-dessous)
- J'ai pris connaissance de mes droits :

droit de refuser de participer, ou en cas d'accord, de retirer mon consentement à tout moment  
sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquences pour moi ;  
possibilité d'obtenir des informations supplémentaires sur cette étude à tout moment ;  
garantie de mon anonymat et du secret professionnel

Connaissant mes droits,

J'accepte en toute connaissance de cause de participer à cette étude.

J'accepte que les données issues des questionnaires me concernant soient analysées.

Fait à \_\_\_\_\_ Le  
Signature

### **Accord de participation (Exemplaire participant)**

Je, soussigné \_\_\_\_\_ déclare :  
Que Mme Julie Camus m'a proposé de participer à une étude de psychologie sans finalité  
thérapeutique intitulée :

### **Responsabilité de l'Etat dans le cadre d'un décès lié à la consommation de substance**

- Qu'elle m'a fait connaître son objectif, sa méthode et l'absence de bénéfices directs.
- J'ai pris connaissance de mes droits :

droit de refuser de participer, ou en cas d'accord, de retirer mon consentement à tout moment  
sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquences pour moi ;  
possibilité d'obtenir des informations supplémentaires sur cette étude à tout moment ;  
garantie de mon anonymat et du secret professionnel

Connaissant mes droits,

J'accepte en toute connaissance de cause de participer à cette étude.

J'accepte que les données issues des questionnaires me concernant soient analysées.

Fait à \_\_\_\_\_ Le  
Signature



## Annexe 15 : Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA

*S= Caractère scientifique de la preuve, T= Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse, V=Vulnérabilité/Généralité du risque ; C= Consommation, I= Intervention de l'Etat*

Facteurs	Effets		Erreur		F	niveau p
	dl	MC	dl	MC		
Preuve scient (S)	1	11279,378	233	63,124	178,686	.001
Temps (T)	1	898,408	233	19,515	46,038	.001
Vulnérabilité (V)	1	153,111	233	9,441	16,218	.001
Conso (C)	1	1498,836	233	23,012	65,133	.001
Intervention (I)	4	46659,769	932	71,437	653,159	.001
S x T	1	18,911	233	9,031	2,094	ns
S x V	1	0,682	233	6,332	0,108	ns
T x V	1	24,773	233	5,791	4,277	ns
S x C	1	32,750	233	6,739	4,860	ns
T x C	1	8,167	233	5,296	1,542	ns
V x C	1	56,562	233	5,069	11,159	.001
S x I	4	784,397	932	10,995	71,335	.001
T x I	4	40,919	932	4,649	8,801	.001
V x I	4	24,648	932	4,240	5,813	.001
C x I	4	29,626	932	4,315	6,866	.001
S x T x V	1	5,923	233	6,039	0,981	ns
S x T x C	1	0,004	233	4,204	0,001	ns
S x V x C	1	24,195	233	4,390	5,511	ns
T x V x C	1	10,769	233	5,567	1,934	ns
S x T x I	4	15,817	932	4,675	3,383	ns
S x V x I	4	2,966	932	3,677	0,807	ns
T x V x I	4	5,307	932	3,807	1,398	ns
S x C x I	4	6,437	932	3,851	1,671	ns
T x C x I	4	2,096	932	3,307	0,634	ns
V x C x I	4	5,805	932	4,0298	1,440	ns
S x T x V x C	1	3,419	233	4,432	0,771	ns
S x T x V x I	4	11,445	932	3,430	3,337	ns
S x T x C x I	4	0,236	932	3,512	0,067	ns
S x V x C x I	4	5,158	932	3,457	1,492	ns
T x V x C x I	4	9,324	932	4,043	2,306	ns
S x T x V x C x I	4	4,856	932	3,398	1,429	ns

Annexe 16: Degré de responsabilité en fonction du facteur  
« Caractère scientifique de la preuve »

$F(1,233)=178,69; p<,0001$

	Responsabilité moyenne
Relation soupçonnée	6,530
Relation prouvée	8,082

Annexe 17 : Degré de responsabilité en fonction du facteur  
« Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse »

$F(1,233)=46,04; p<,0001$

	Responsabilité moyenne
5 ans	7,525
30 ans	7,087

Annexe 18: Degré de responsabilité en fonction du facteur  
« Généralité du risque »

$F(1,233)=16,22; p<,0001$

	Responsabilité moyenne
Population susceptible	7,215
Population générale	7,396

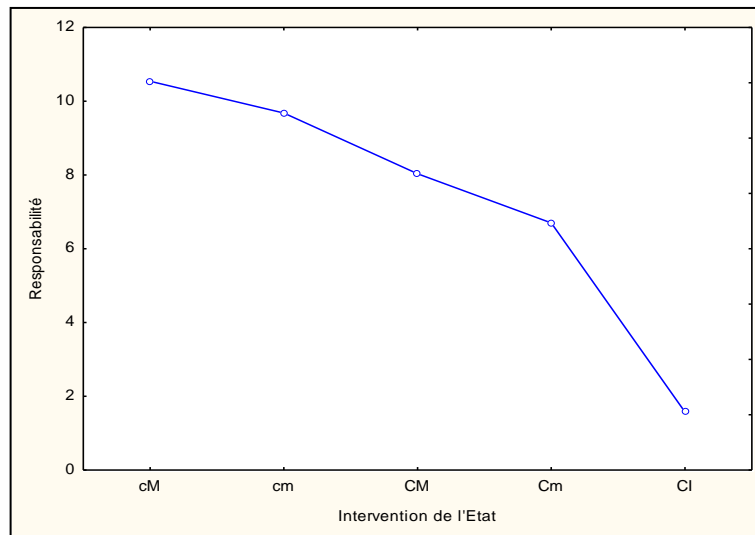
Annexe 19: Degré de responsabilité en fonction du facteur  
« Consommation »

$F(1,233)=65,13; p<,0001$

	Responsabilité moyenne
Modérée	7,589
Immodérée	7,023

## Annexe 20: Degré de responsabilité en fonction du facteur « Intervention de l'Etat »

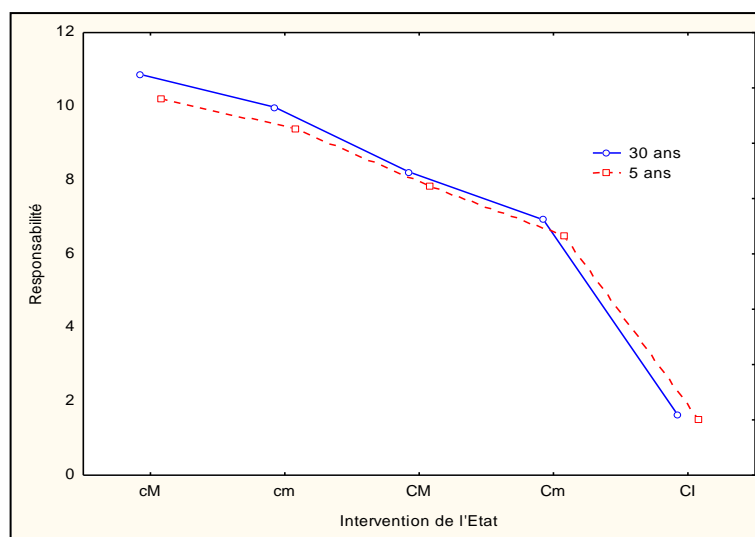
$F(4 ; 932) = 653,16 ; p = .000$



***cM** : Pas de campagne et vente monopole d'Etat*  
***cm** : Pas de campagne et vente libre*  
***CM** : Campagnes et ventes monopole d'Etat*  
***Cm** : Campagnes nombreuses et vente libre*  
***CI** : Campagnes nombreuses et interdiction de vente*

## Annexe 21: Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat » et « Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse »

$F(4, 932)=8,8008, p=.000$



***cM** : Pas de campagne et vente monopole d'Etat*

***cm** : Pas de campagne et vente libre*

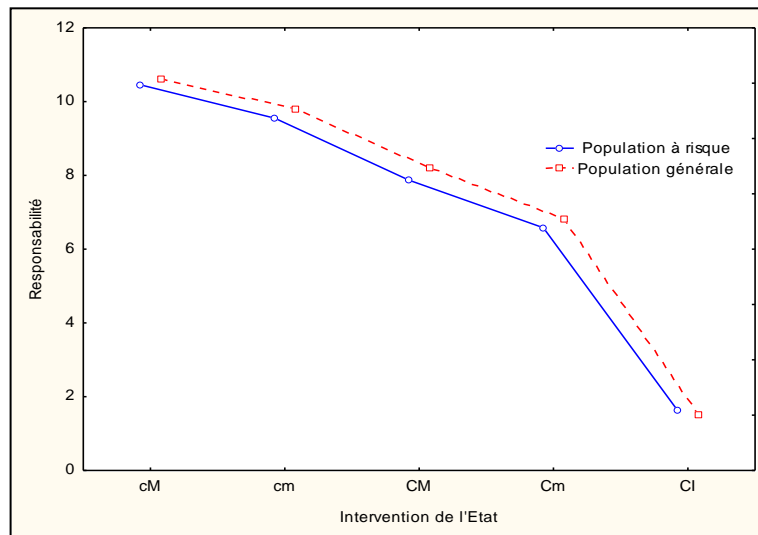
***CM** : Campagnes et ventes monopole d'Etat*

***Cm** : Campagnes nombreuses et vente libre*

***CI** : Campagnes nombreuse et interdiction de vente*

**Annexe 22 : Effets combinés des facteurs  
« Intervention de l'Etat » et « Généralité du risque »**

$F(4,932)=5,8129, p=.00013$



**cM** : Pas de campagne et vente monopole d'Etat

**cm** : Pas de campagne et vente libre

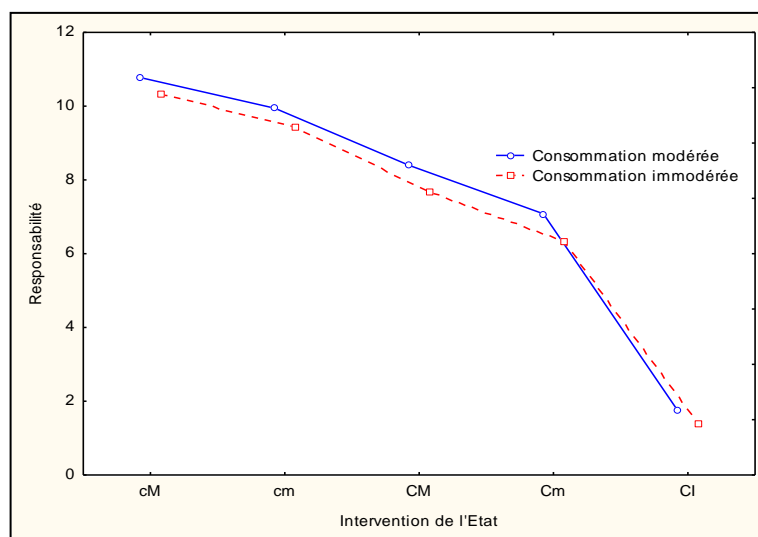
**CM** : Campagnes et ventes monopole d'Etat

**Cm** : Campagnes nombreuses et vente libre

**CI** : Campagnes nombreuse et interdiction de vente

### Annexe 23 : Effets combinés des facteurs « Intervention de l'Etat » et « Consommation »

$F(4,932)=6,8658, p=,000002$



***cM** : Pas de campagne et vente monopole d'Etat*

***cm** : Pas de campagne et vente libre*

***CM** : Campagnes et ventes monopole d'Etat*

***Cm** : Campagnes nombreuses et vente libre*

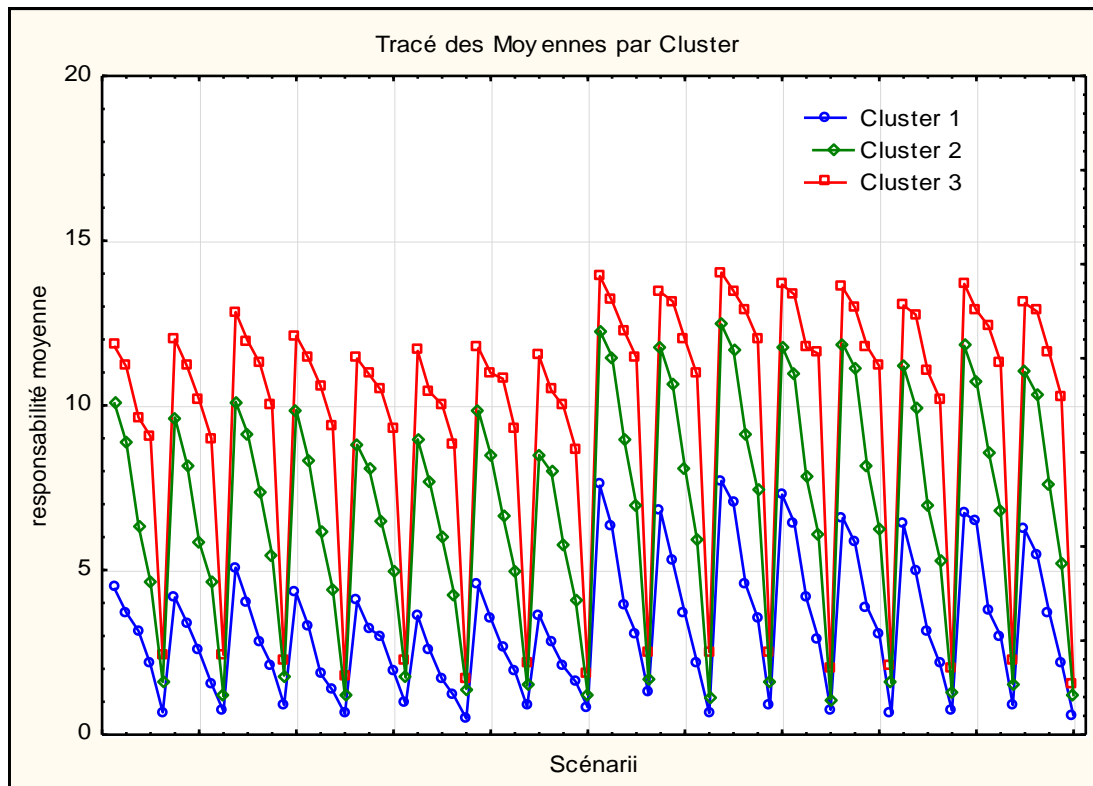
***CI** : Campagnes nombreuse et interdiction de vente*

**Annexe 24 : Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA  
incluant le facteur « Orientation politique »**

*S= Caractère scientifique de la preuve, T= Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse, V=Vulnérabilité/Généralité du risque; C= Consommation, I=Intervention de l'Etat, ORIENPOL= Orientation politique*

Facteurs	Effets		Erreur		F	niveau p
	dl	MC	dl	MC		
S*ORIENPOL	2	516,1	231	59,2	8,72	.001
T*ORIENPOL	2	72,9	231	19,1	3,83	ns
V*ORIENPOL	2	75,0	231	8,9	8,46	.001
C*ORIENPOL	2	7,3	231	23,1	0,31	ns
I*ORIENPOL	8	255,4	924	69,8	3,66	.001
S*T*ORIENPOL	2	33,3	231	8,8	3,77	.001
S*V*ORIENPOL	2	6,0	231	6,3	0,95	ns
T*V*ORIENPOL	2	8,6	231	5,8	1,49	ns
S*C*ORIENPOL	2	10,0	231	6,7	1,49	ns
T*C*ORIENPOL	2	0,6	231	5,3	0,10	ns
V*C*ORIENPOL	2	0,2	231	5,1	0,03	ns
S*I*ORIENPOL	8	40,4	924	10,7	3,76	.001
T*I*ORIENPOL	8	7,4	924	4,6	1,59	ns
V*I*ORIENPOL	8	2,5	924	4,3	0,58	ns
C*I*ORIENPOL	8	1,9	924	4,3	0,45	ns
S*T*V*ORIENPOL	2	0,3	231	6,1	0,06	ns
S*T*C*ORIENPOL	2	0,0	231	4,2	0,009	ns
S*V*C*ORIENPOL	2	6,8	231	4,4	1,55	ns
T*V*C*ORIENPOL	2	19,8	231	5,4	3,64	ns
S*T*I*ORIENPOL	8	4,0	924	4,7	0,84	ns
S*V*I*ORIENPOL	8	6,0	924	3,7	1,65	ns
T*V*I*ORIENPOL	8	1,4	924	3,8	0,36	ns
S*C*I*ORIENPOL	8	4,2	924	3,8	1,08	ns
T*C*I*ORIENPOL	8	8,1	924	3,3	2,49	ns
V*C*I*ORIENPOL	8	3,2	924	4,0	0,80	ns
S*T*V*C*ORIENPOL	2	9,3	231	4,4	2,12	ns
S*T*V*I*ORIENPOL	8	4,7	924	3,4	1,38	ns
S*T*C*I*ORIENPOL	8	1,9	924	3,5	0,55	ns
S*V*C*I*ORIENPOL	8	9,3	924	3,4	2,72	ns
T*V*C*I*ORIENPOL	8	7,2	924	4,0	1,79	ns
S*T*V*C*I*ORIENPOL	8	5,8	924	3,4	1,72	ns

Annexe 25 : Tracé des moyennes pour  
une solution en trois clusters





**Annexe 26: Synthèse de tous les effets pour l'ANOVA  
incluant le facteur « Cluster »**

*Cl= Cluster, S= Caractère scientifique de la preuve, T= Temps depuis lequel la substance est réputée dangereuse, V= Vulnérabilité/Degré de généralité du risque, C= Consommation, I= Intervention de l'Etat.*

Facteurs	Effets		Erreur		F	niveau p
	dl	MC	dl	MC		
Cluster (Cl)	2	42502,39	231	115,47	368,08	.001
Preuve scient (S)	1	9546,20	231	63,57	150,17	.001
Temps (T)	1	707,04	231	19,67	35,95	.001
Vulnérabilité (V)	1	135,36	231	9,50	14,25	.001
Conso (C)	1	1226,59	231	22,58	54,31	.001
Intervention (I)	4	31993,31	924	53,68	596,04	.001
Cl x S	2	11,69	231	63,57	0,18	ns
Cl x T	2	1,71	231	19,67	0,09	ns
S x T	1	17,87	231	9,10	1,96	ns
Cl x V	2	2,68	231	9,50	0,28	ns
S x V	1	0,71	231	6,32	0,11	ns
T x V	1	15,55	231	5,80	2,68	ns
Cl x C	2	72,59	231	22,58	3,21	ns
S x C	1	16,64	231	6,76	2,46	ns
T x C	1	5,42	231	5,32	1,02	ns
V x C	1	27,01	231	5,03	5,37	ns
Cl x I	8	2122,84	924	53,68	39,55	.001
S x I	4	697,21	924	10,76	64,78	.001
T x I	4	34,06	924	4,64	7,35	.001
V x I	4	17,96	924	4,23	4,25	ns
C x I	4	24,24	924	4,31	5,62	.001
C x S x T	2	0,72	231	9,10	0,079	ns
Cl x S x V	2	8,04	231	6,32	1,27	ns
Cl x T x V	2	4,36	231	5,80	0,75	ns
S x T x V	1	0,034	231	5,97	0,01	ns
Cl x T x C	2	4,55	231	6,76	0,67	ns
Cl x T x C	2	2,31	231	5,32	0,43	ns
S x T x C	1	0,10	231	4,24	0,02	ns
Cl x V x C	2	9,71	231	5,03	1,93	ns
S x V x C	1	17,25	231	4,42	3,91	ns
T x V x C	1	7,64	231	5,61	1,36	ns
Cl x S x I	8	38,00	924	10,76	3,53	.001
Cl x T x I	8	6,24	924	4,64	1,34	ns
S x T x I	4	9,23	924	4,69	1,97	ns
Cl x V x I	8	5,40	924	4,23	1,28	ns

S x V x I	4	3,67	924	3,68	0,99	ns
T x V x I	4	4,73	924	3,81	1,24	ns
Cl x C x I	8	4,51	924	4,31	1,04	ns
S x C x I	4	3,83	924	3,84	0,99	ns
T x C x I	4	1,09	924	3,31	0,33	ns
V x C x I	4	2,80	924	4,03	0,69	ns
Cl x S x T x V	2	14,38	231	5,97	2,41	ns
Cl x S x T x C	2	0,44	231	4,24	0,10	ns
Cl x S x V x C	2	1,21	231	4,42	0,27	ns
Cl x T x V x C	2	0,73	231	5,61	0,13	ns
S x T x V x C	1	7,38	231	4,42	1,67	ns
Cl x T x V x I	8	2,47	924	4,69	0,53	ns
Cl x T x V x I	8	3,05	924	3,68	0,83	ns
Cl x T x V x I	8	2,98	924	3,81	0,78	ns
S x T x V x I	4	5,34	924	3,41	1,57	ns
Cl x T x C x I	8	4,70	924	3,84	1,22	ns
Cl x T x C x I	8	2,73	924	3,31	0,82	ns
S x T x C x I	4	0,38	924	3,51	0,11	ns
Cl x V x C x I	8	3,85	924	4,03	0,96	ns
S x V x C x I	4	4,04	924	3,48	1,16	ns
T x V x C x I	4	8,44	924	4,06	2,08	ns
Cl x S x T x V x C	2	5,25	231	4,42	1,19	ns
Cl x S x T x V x I	8	5,87	924	3,41	1,72	ns
Cl x S x T x C x I	8	1,89	924	3,53	0,54	ns
Cl x S x V x C x I	8	0,63	924	3,48	0,18	ns
Cl x T x V x C x I	8	2,15	924	4,06	0,53	ns
S x T x V x C x I	4	3,27	924	3,41	0,96	ns
Cl x S x T x V x C x I	8	1,74	924	3,41	0,51	ns

**Annexe 27: Synthèse de tous les effets pour les ANOVA  
conduites séparément sur les clusters**

*S= Caractère scientifique de la preuve, T= Temps depuis lequel la substance est  
réputée dangereuse, V= Vulnérabilité/Degré de généralité du risque,  
C= Consommation, I= Intervention de l'Etat.*

Facteurs	Effets		Erreur		F	niveau p
	dl	MC	dl	MC		
Cluster 1 (N= 41)						
Preuve scient (S)	1	2 097,23	38,00	84,53	24,81	.001
Temps (T)	1	111,57	38,00	5,83	19,14	.001
Vulnérabilité (V)	1	31,20	38,00	9,50	3,28	.001
Conso (C)	1	274,83	38,00	23,58	11,65	.001
Intervention (I)	4	2 291,47	152,00	36,27	63,18	.001
S x T	1	6,10	38,00	6,72	0,91	ns
S x V	1	10,85	38,00	5,16	2,10	ns
T x V	1	0,18	38,00	5,84	0,03	ns
S x C	1	0,00	38,00	5,87	0,00	ns
T x C	1	0,10	38,00	3,76	0,03	ns
V x C	1	0,62	38,00	4,49	0,14	ns
S x I	4	216,65	152,00	15,76	13,75	.001
T x I	4	10,27	152,00	3,25	3,16	ns
V x I	4	5,46	152,00	2,20	2,48	ns
C x I	4	8,71	152,00	2,84	3,06	ns
S x T x V	1	13,87	38,00	5,15	2,69	ns
S x T x C	1	0,68	38,00	2,58	0,26	ns
S x V x C	1	2,05	38,00	4,28	0,48	ns
T x V x C	1	0,51	38,00	3,17	0,16	ns
S x T x I	4	0,74	152,00	3,17	0,23	ns
S x V x I	4	5,78	152,00	1,83	3,16	ns
T x V x I	4	1,23	152,00	1,83	0,67	ns
S x C x I	4	3,99	152,00	2,35	1,69	ns
T x C x I	4	0,17	152,00	2,41	0,07	ns
V x C x I	4	1,03	152,00	1,57	0,66	ns
S x T x V x C	1	7,80	38,00	4,70	1,66	ns
S x T x V x I	4	1,82	152,00	1,86	0,98	ns
S x T x C x I	4	0,53	152,00	1,47	0,36	ns
S x V x C x I	4	0,79	152,00	2,45	0,32	ns
T x V x C x I	4	3,32	152,00	2,84	1,17	ns
S x T x V x C x I	4	0,79	152,00	2,11	0,38	ns

<b>Cluster 2 (N= 103)</b>						
Preuve scient (S)	1	5 340,86	104,00	74,58	71,62	.001
Temps (T)	1	418,97	104,00	27,51	15,23	.001
Vulnérabilité (V)	1	43,43	104,00	10,00	4,34	n
Conso (C)	1	1 145,52	104,00	24,46	46,83	.001
Intervention (I)	4	21 994,39	416,00	71,46	307,80	.001
S x T	1	11,00	104,00	12,47	0,88	ns
S x V	1	1,95	104,00	7,11	0,27	ns
T x V	1	5,05	104,00	6,62	0,76	ns
S x C	1	31,94	104,00	9,10	3,51	ns
T x C	1	0,76	104,00	7,04	0,11	ns
V x C	1	29,76	104,00	6,38	4,66	ns
S x I	4	420,76	416,00	11,23	37,48	.001
T x I	4	36,25	416,00	5,72	6,34	.001
V x I	4	7,12	416,00	5,60	1,27	ns
C x I	4	21,73	416,00	5,80	3,75	ns
S x T x V	1	4,86	104,00	6,58	0,74	ns
S x T x C	1	0,15	104,00	5,12	0,03	ns
S x V x C	1	19,82	104,00	4,99	3,97	ns
T x V x C	1	2,97	104,00	7,88	0,38	ns
S x T x I	4	11,07	416,00	6,07	1,82	ns
S x V x I	4	2,01	416,00	4,76	0,42	ns
T x V x I	4	0,77	416,00	4,90	0,16	ns
S x C x I	4	4,40	416,00	4,95	0,89	ns
T x C x I	4	3,67	416,00	4,06	0,90	ns
V x C x I	4	9,31	416,00	5,62	1,66	ns
S x T x V x C	1	1,05	104,00	4,81	0,22	ns
S x T x V x I	4	13,72	416,00	4,00	3,43	ns
S x T x C x I	4	1,05	416,00	4,88	0,21	ns
S x V x C x I	4	1,82	416,00	4,45	0,41	ns
T x V x C x I	4	8,76	416,00	5,27	1,66	ns
S x T x V x C x I	4	6,72	416,00	4,43	1,52	ns
<b>Cluster 3 (N= 90)</b>						
Preuve scient (S)	1	3 864,67	89,00	41,76	92,55	.001
Temps (T)	1	371,28	89,00	16,41	22,62	.001
Vulnérabilité (V)	1	83,85	89,00	8,91	9,41	.001
Conso (C)	1	223,66	89,00	19,96	11,21	.001
Intervention (I)	4	26 619,58	356,00	40,33	660,05	.001
S x T	1	3,25	89,00	6,19	0,53	ns
S x V	1	3,97	89,00	5,88	0,67	ns
T x V	1	28,25	89,00	4,83	5,85	ns
S x C	1	9,90	89,00	4,41	2,25	ns
T x C	1	11,92	89,00	3,98	3,00	ns
V x C	1	45,60	89,00	3,67	12,41	.001

S x I	4	222,98	356,00	8,09	27,57	ns
T x I	4	6,87	356,00	3,96	1,73	ns
V x I	4	22,88	356,00	3,49	6,55	.001
C x I	4	8,20	356,00	3,21	2,56	ns
S x T x V	1	15,96	89,00	5,60	2,85	ns
S x T x C	1	0,05	89,00	3,91	0,01	ns
S x V x C	1	4,75	89,00	3,81	1,25	ns
T x V x C	1	8,75	89,00	4,00	2,19	ns
S x T x I	4	8,95	356,00	3,74	2,40	ns
S x V x I	4	1,28	356,00	3,21	0,40	ns
T x V x I	4	9,26	356,00	3,39	2,73	ns
S x C x I	4	7,44	356,00	3,18	2,33	ns
T x C x I	4	3,73	356,00	2,82	1,32	ns
V x C x I	4	3,18	356,00	3,23	0,98	ns
S x T x V x C	1	5,07	89,00	3,86	1,31	ns
S x T x V x I	4	7,65	356,00	3,38	2,26	ns
S x T x C x I	4	2,45	356,00	2,82	0,87	ns
S x V x C x I	4	3,81	356,00	2,79	1,37	ns
T x V x C x I	4	1,54	356,00	3,17	0,49	ns
S x T x V x C x I	4	0,81	356,00	2,78	0,29	ns

---

**Annexe 28 : Caractéristiques démographiques  
de la population d'étude pour les clusters**

n (%)

Facteurs	Modalités	Total	Clusters		
			Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Sexe	<i>Femmes</i>	<b>136 (58)</b>	24 (58)	56 (54)	56 (62)
	<i>Hommes</i>	<b>98 (42)</b>	17 (42)	47 (46)	34 (38)
Niveau d'études	<i>&lt; Bac</i>	<b>60 (26)</b>	11 (27)	27 (26)	22 (24)
	<i>&lt; ou =Bac +3</i>	<b>122 (52)</b>	19 (46)	49 (48)	54 (60)
	<i>&gt;Bac +3</i>	<b>52 (22)</b>	11 (27)	27 (26)	14 (16)
Orientation politique	<i>A gauche</i>	<b>93 (40)</b>	5 (12)	36 (35)	52 (58)
	<i>Au centre</i>	<b>58 (25)</b>	6 (15)	37 (36)	15 (17)
	<i>A droite</i>	<b>83 (35)</b>	30 (73)	30 (29)	23 (25)
Etat civil	<i>Célibataire</i>	<b>88 (38)</b>	12 (29)	49 (48)	27 (30)
	<i>Marié/union</i>	<b>117 (50)</b>	27 (66)	48 (46)	42 (47)
	<i>Séparé/Divorcé</i>	<b>23 (10)</b>	1 (2)	5 (5)	17 (19)
	<i>Veuf/veuve</i>	<b>6 (3)</b>	1 (2)	1 (1)	4 (4)
Consommation Alcool	<i>non</i>	<b>43 (18)</b>	6 (15)	20 (19)	17 (19)
	<i>modérée</i>	<b>179 (76)</b>	30 (73)	77 (74)	72 (80)
	<i>immodérée</i>	<b>12 (5)</b>	5 (12)	6 (7)	1 (1)
Consommation tabac	<i>non</i>	<b>126 (54)</b>	31 (76)	49 (48)	46 (50)
	<i>modérée</i>	<b>74 (32)</b>	10 (24)	28 (27)	36 (40)
	<i>immodérée</i>	<b>34 (13)</b>	0	26 (25)	8 (10)
Consommation drogues	<i>non</i>	<b>209 (89)</b>	38 (93)	89 (86)	82 (91)
	<i>oui</i>	<b>25 (11)</b>	3 (7)	14 (14)	8 (9)
	<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>41 (17)</b>	<b>103 (44)</b>	<b>90 (38)</b>



### **Substances psychoactives : politiques et responsabilité de l'Etat. Le point de vue des français.**

La première étude porte sur les conditions de l'acceptabilité des politiques de l'Etat face aux drogues : 225 sujets tout-venant ont jugé du degré d'acceptabilité dans 28 scénarios issus de la combinaison de trois facteurs : campagnes d'information, demande intérieure en drogue, action de l'Etat (du *laissez-faire* à l'interdiction).

La seconde étude porte sur les conditions de la responsabilité de l'Etat dans le cas d'un décès lié à la consommation de substance : 234 sujets ont jugé du degré de responsabilité dans 80 scénarios issus de la combinaison de cinq facteurs : relation consommation/maladie, temps depuis lequel la nocivité est connue, généralité du risque, consommation, action de l'Etat (du monopole à l'interdiction des ventes).

Nos études s'appuient sur une méthode issue de la théorie fonctionnelle de la cognition (Anderson, 1981).

La première étude permet d'identifier trois clusters : les régulationnistes(42%), en faveur d'une réglementation totale par l'Etat, les radicaux(32%), pour qui aucune des politiques n'est acceptable et les prohibitionnistes(26%), en faveur d'une interdiction totale à condition que des campagnes soient menées. La politique du *laissez-faire* est jugée par tous comme étant la plus inacceptable.

La seconde étude fait apparaître trois clusters : un plus au centre (44%), un plus à gauche (38%) et un plus à droite (17%). Celui de droite a tendance à attribuer moins de responsabilité à l'Etat et est aussi plus sensible aux preuves scientifiques. Un consensus montre que l'Etat se dégage de toute responsabilité seulement s'il interdit totalement les ventes. Dans les autres cas, l'Etat est perçu comme partiellement responsable quand la santé d'un consommateur se détériore.

**Mots clefs :** Politique des drogues, jugement du grand public, substances addictives, responsabilité de l'Etat, théorie fonctionnelle de la cognition.

### **Psychoactive substances: State policy and responsibility. The French point of view.**

Our first study relates to the conditions of perceived acceptability of State policies regarding drugs: 225 randomly selected subjects judged the degree of State policy acceptability in 28 scenarios derived from the combination of three factors: information campaigns, interior drug demand, State policy (from *laissez-faire* to prohibition).

Our second study relates to the conditions of perceived State responsibility when a death linked to substance consumption occurred: 234 subjects judged the degree of State responsibility in 80 scenarios derived from the combination of five factors: relationship between consumption/disease, amount of time since the substance toxicity is known, risk generality, consumption, State action (from state monopoly to sale interdiction).

Our studies rely on a method derived from the functional theory of cognition (Anderson, 1981).

The first study identifies three clusters: the regulationists (42%), who favor total regulation by the State, the radicals (32%), for who none of the policies are acceptable, and the prohibitionists (26%), who favor a total interdiction with the condition of information campaigns. The policy of the *laissez-faire* is judged by all groups as being the most unacceptable.

In the second study, three clusters are separated: centrist-dominated (44%), leftist-dominated (38%) and rightist-dominated (17%). The rightists tend to attribute less responsibility to the State and are less sensitive to scientific evidences than the leftists. A consensus between groups is that the State is freed from responsibility when sales are totally forbidden. In other cases, the State is perceived as partially responsible when a consumer's health deteriorates.

**Keywords:** drug policy, public judgment, addictive substances, State responsibility, functional theory of cognition.